**DOM/ES-02**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (SOLICITANTE Y/O CAUSANTE)**

**INSS \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, ESPAÑA**

**CONVENIO ENTRE ESPAÑA Y REPÚBLICA DOMINICANA SOBRE SEGURIDAD SOCIAL**

**SOLICITUD DE PENSIÓN**

**VEJEZ INCAPACIDAD SUPERVIVENCIA**

**Artículos 11 a 18, 20 a 24 y 26 del Convenio**

**El presente formulario será completado en la parte que le afecte, por la Institución ante la cual se presente la solicitud y remitido, en dos ejemplares, a la Institución de enlace competente de la otra Parte donde el asegurado alega haber cotizado, ésta devolverá un ejemplar del formulario en el que se certifiquen los períodos efectivos de cotización de acuerdo con su legislación.**

**Fecha de presentación de la solicitud \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**No. de referencia en República Dominicana: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**No. de referencia en España: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |
| --- |
| 1. **Institución destinaria de enlace o competente**
 |
| * 1. Denominación: Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS)
 |
| * 1. Dirección (1): Av. Tiradentes, No. 33, Ens. Naco, Distrito Nacional
 |

|  |
| --- |
| 1. **Datos Relativo al asegurado o causante fallecido:**
 |
| * 1. **Primer Apellido Segundo Apellido Nombres**
 |
|   |
| * 1. **Apellido de nacimiento Nombre del padre Nombre de la madre**

 |
| * 1. **Fecha de Nacimiento Lugar de nacimiento**
 |
|   |
| * 1. **Sexo:**   **Nacionalidad:**
 |
| * 1. **Estado Civil:**
 |
| **Fecha de matrimonio o de la unión marital de hecho :**  |
| **Fecha del divorcio o de separación si es unión marital de hecho\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| * 1. **DNI/NIE:**
 |
| **Tipo de documento:** Cédula de Identidad dominicana **No. de documento:**   |
| * 1. **Domicilio Habitual:**
 |
| **Teléfono contacto :**  |
| * 1. **Número de Afiliación a la Seguridad Social En España**
 |
|  **En Rep. Dom.**   |
| * 1. **Fecha de Fallecimiento**

**Lugar de Fallecimiento:**  |
| * 1. **Causa Fallecimiento:**
 |
|  **2.11 El asegurado****Ejerce Una actividad asalariada****No ejerce Una actividad independiente**  |
| * 1. **Está acogido a Convenio Especial?**

 **SI NO** |
| * 1. **¿Se considera el interesado incapacitado para el trabajo?**

 **SI NO**  |
| * 1. **El asegurado**

 **Percibe No percibe una pensión o renta**  **Ha sido No ha sido titular de una pensión o renta** |
|  **En caso afirmativo:**  **Tipo y número de referencia de la pensión**  **Institución que concedió la pensión**  **Importe mensual de la pensión**  **Número de pagas al año**  |
| 1. **Datos relativos a solicitante en su propia representación.**
 |
| * 1. **Primer Apellido Segundo Apellido Nombre**
 |
|   |
| * 1. **Apellido de nacimiento Nombre del padre Nombre de la madre**
 |
|  |
| * 1. **Fecha de Nacimiento Lugar de nacimiento**
 |
|  . |
| * 1. **Sexo**   **Nacionalidad**
	2. **Domicilio:**
 |
| * 1. **Teléfono contacto:**
 |
| 1. **Datos de los familiares que puede causar derecho a pensión**
 |
| **Apellidos y Nombres** |  |  |  |  |  |
| **DNI/NIE/CEDULA** |  |  |  |  |  |
| **Grado de parentesco** |  |  |  |  |  |
| **Fecha de nacimiento** |  |  |  |  |  |
| **¿Convivía / convive con el asegurado?** |  |  |  |  |  |
| **¿Dependía o depende económicamente del asegurado?** |  |  |  |  |  |
| **¿Esta incapacidad para el trabajo?** |  |  |  |  |  |
| **Trabaja** |  |  |  |  |  |
| **Percibe pensión por Renta** |  |  |  |  |  |
| 1. **Datos Bancarios donde desea percibir la pensión**
	1. **Nombre del Banco:**

**5.2 Dirección completa:**  **5.3 Código de Banco:**  **5.4 Código S. W. I. F.T.**  **5.5. No. De cuenta personal :**  |

1. **Declaración de actividades laborales desarrolladas por el asegurado si las actividades son o no de alto riesgo**
	1. **En España**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nombre de la empresa** | **Dirección y provincia** | **Desde** | **Hasta**  | **Naturaleza de la actividad** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

* 1. **En República Dominicana**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nombre de la empresa** |  | **Desde** | **Hasta**  | **Naturaleza de la actividad** |
|  |  |  |  |  |

1. **Datos sobre los períodos de seguro**

**7.1 Períodos de seguro de acreditados en España**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Desde** | **Hasta** | **Voluntarios** | **Obligatorios** | **Equivalentes** |
|  |  |  |  |  |
| **TOTAL** |  |  |  |  |

**7.2 Períodos de seguro de acreditados en Rep. Dom.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Desde** | **Hasta** | **Voluntarios** | **Obligatorios** | **Equivalentes** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **TOTAL** |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **ALEGATOS:**  |

**DECLARO, bajo mi responsabilidad, que son ciertos los datos que consigno en al presente solicitud, manifestando que quedo encargado de la obligación de comunicar al INSS cualquier variación que de los mismos pudiera producirse en lo sucesivo, y AUTORIZO la consulta de los datos de identificación personal y la verificación y cotejo de los datos económicos declarados con los carácter tributario en la Agencia Estatal de Administración Tributaria, en los términos establecidos en la O. M: 18-11-99 (BOE de día 30), o en cualquier otro Organismo que tuviera atribuida la competencia sobre ellos, así como la consulta de los datos de domicilio a través del Servicio de Verificación de Datos de Residencia, en todo caso con garantía de confidencialidad y a los exclusivos efectos de esta solicitud, en el caso de acceso informatizado a dichos datos. SOLICITO, mediante la firma del presente impreso que se dé curso a esta petición de prestación de jubilación, adoptando para ellos todas las medidas conducentes a su mejor resolución.**

|  |
| --- |
| **Firma del solicitante****Fecha:** **INSS\_\_\_\_\_\_\_\_\_. ESPAÑA** |
| **Firma de gestor:** |
| **Sello:** **Fecha:**  |