

ANEXO II
Formularios para la presentación telemática de solicitudes, escritos, y comunicaciones.

	MINISTERIO DE ECONOMÍA Y HACIENDA	GESTIÓN DE RECURSOS ADMINISTRATIVOS															
	Alta de Recurso o Reclamación	Consultar Estado Tramitación Expediente	Verificación Texto Firmado														
PRESENTACIÓN TELEMÁTICA DE RECURSOS Y RECLAMACIONES																	
Nombre:		NIF:															
<table style="width: 100%; border: 1px solid black;"><tr><td style="width: 50%; vertical-align: top;">* Dirección: <input style="width: 95%;" type="text"/></td><td style="width: 50%; vertical-align: top;">* Localidad: <input style="width: 95%;" type="text"/></td></tr><tr><td style="vertical-align: top;">* Provincia: <input style="width: 95%;" type="text"/></td><td style="vertical-align: top;">* C.P.: <input style="width: 95%;" type="text"/></td></tr><tr><td style="vertical-align: top;">Organo Recurrido: <input style="width: 95%;" type="text" value="Sin centro asignado"/></td><td style="vertical-align: top;">Fecha: <input style="width: 95%;" type="text"/></td></tr><tr><td colspan="2" style="padding-top: 10px;">Cumplimentar en caso de actuar como representante:</td></tr><tr><td style="padding-top: 5px;">Entidad representada: <input style="width: 95%;" type="text"/></td><td style="padding-top: 5px;">NIF/CIF: <input style="width: 95%;" type="text"/></td></tr><tr><td colspan="2" style="padding-top: 10px;">* Resumen de los hechos,razones y peticiones del recurrente o reclamación: <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 95%;"></div></td></tr><tr><td colspan="2" style="padding-top: 5px;">Documentación Anexada: <input style="width: 95%;" type="text"/></td></tr></table>				* Dirección: <input style="width: 95%;" type="text"/>	* Localidad: <input style="width: 95%;" type="text"/>	* Provincia: <input style="width: 95%;" type="text"/>	* C.P.: <input style="width: 95%;" type="text"/>	Organo Recurrido: <input style="width: 95%;" type="text" value="Sin centro asignado"/>	Fecha: <input style="width: 95%;" type="text"/>	Cumplimentar en caso de actuar como representante:		Entidad representada: <input style="width: 95%;" type="text"/>	NIF/CIF: <input style="width: 95%;" type="text"/>	* Resumen de los hechos,razones y peticiones del recurrente o reclamación: <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 95%;"></div>		Documentación Anexada: <input style="width: 95%;" type="text"/>	
* Dirección: <input style="width: 95%;" type="text"/>	* Localidad: <input style="width: 95%;" type="text"/>																
* Provincia: <input style="width: 95%;" type="text"/>	* C.P.: <input style="width: 95%;" type="text"/>																
Organo Recurrido: <input style="width: 95%;" type="text" value="Sin centro asignado"/>	Fecha: <input style="width: 95%;" type="text"/>																
Cumplimentar en caso de actuar como representante:																	
Entidad representada: <input style="width: 95%;" type="text"/>	NIF/CIF: <input style="width: 95%;" type="text"/>																
* Resumen de los hechos,razones y peticiones del recurrente o reclamación: <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 95%;"></div>																	
Documentación Anexada: <input style="width: 95%;" type="text"/>																	
<input type="button" value="Anexar"/> <input type="button" value="Firmar y Enviar"/> <input type="button" value="Borrar Datos"/> <input type="button" value="Inicio"/>																	

 <p>MINISTERIO DE ECONOMÍA Y HACIENDA</p>	GESTIÓN DE RECURSOS ADMINISTRATIVOS		
Alta de Recurso o Reclamación	Consultar Estado Tramitación Expediente	Verificación Texto Firmado	
SOLICITUD DE INFORMACIÓN ACERCA DE LA TRAMITACIÓN DE LOS RECURSOS PRESENTADOS			
Nombre:			NIF:
<div data-bbox="183 593 263 616" style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content;">Expedientes</div>			

 MINISTERIO DE ECONOMÍA Y HACIENDA	Secretaría de Estado de Hacienda y Presupuestos Secretaría General de Presupuestos y Gastos Dirección General de Costes de Personal y Pensiones Públicas	Registro Telemático
Recursos y revisiones		
Remitente:	NIF:	
Tipo de Notificación : Ordinaria <input checked="" type="radio"/> Electrónica <input type="radio"/>		
Domicilio : <input type="text"/>		
Localidad : <input type="text"/>	Provincia : <input type="text"/>	C.P. : <input type="text"/>
Teléfono : <input type="text"/>	Fax : <input type="text"/>	
Dirección de correo electrónico : <input type="text"/>		
Representante : <input type="text"/>		
Organo Recurrido : DIRECCIÓN GENERAL DE COSTES DE PERSONAL Y PENSIONES PÚBLICAS		
Acuerdo recurrido : <input type="text"/>		Nº Expediente : <input type="text"/>
Lugar de Presentación : OFICINA ELECTRONICA		
RESUMEN DE LOS HECHOS, RAZONES Y PETICIONES DEL RECURSO O SOLICITUD DE REVISION		
<input type="text"/>		
DOCUMENTACION QUE SE ACOMPAÑA		
<input type="text"/>		
		ANEXAR
		BORRAR DATOS
		FIRMAR Y ENVIAR

 MINISTERIO DE ECONOMÍA Y HACIENDA	Secretaría de Estado de Hacienda y Presupuestos Secretaría General de Presupuestos y Gastos	Dirección General de Costes de Personal y Pensiones Públicas	Registro Telemático	
	Información Previa a la Jubilación			
Solicitante:		NIF:		
Tipo de Notificación : Ordinaria <input checked="" type="radio"/> Electrónica <input type="radio"/>				
Domicilio : <input type="text"/>				
Localidad : <input type="text"/>		Provincia : <input type="text"/>	C.P. : <input type="text"/>	
Teléfono : <input type="text"/>		Fax : <input type="text"/>		
Dirección de correo electrónico : <input type="text"/>				
Fecha Nacimiento : <input type="text"/>		Fecha Jubilación : <input type="text"/>		
SERVICIOS PRESTADOS A LAS ADMINISTRACIONES PUBLICAS				
Número de Servicios : <input type="text"/> CREAR SERVICIOS				
CUERPO	GRUPO	DESDE	HASTA	% ACTIVIDAD
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
PERIODOS COTIZADOS A LA SEGURIDAD SOCIAL (si solicita aplicación cómputo recíproco)				
Número de Periodos : <input type="text"/> CREAR PERIODOS				
REGIMEN DE SS	GRUPO COTIZACION	DESDE	HASTA	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
DOCUMENTACION QUE SE ACOMPAÑA				
<p>Quando las normas reguladoras del correspondiente procedimiento o actuación administrativa requieran la aportación de documentos originales por los ciudadanos, o copias compulsadas o cotejadas de los mismos, dicha documentación podrá presentarse en cualquiera de los registros administrativos previstos en la normativa aplicable, mencionando el número o código de registro individualizado que se haya asignado al formulario presentado telemáticamente.</p>				
<input type="checkbox"/> Certificación de Servicios Prestados al Estado <input type="checkbox"/> Informe de Cotización (expedido por la Tesorería General de la Seguridad Social)				
<input type="text"/>				
ANEXAR		BORRAR DATOS		
<p>SOLICITO mediante la firma del presente registro telemático, información sobre el importe mensual aproximado que alcanzaría mi pensión si me jubilara en la fecha indicada, de acuerdo con la normativa vigente y los haberes reguladores fijados en la ley de Presupuestos Generales del Estado, teniendo en cuenta los datos que aquí facilito.</p>				
<p>DECLARO que quedo enterado que la información previa a la jubilación que se me facilitará no supone el reconocimiento de derechos pasivos, por estar prohibidas por la legislación de Clases Pasivas las declaraciones preventivas de tales derechos.</p>				
FIRMAR Y ENVIAR				

 MINISTERIO DE ECONOMÍA Y HACIENDA	Secretaría de Estado de Hacienda y Presupuestos Secretaría General de Presupuestos y Gastos	Registro Telemático
	Dirección General de Costes de Personal y Pensiones Públicas	
Comunicación de baja en nómina de Pensiones de Clases Pasivas		
Solicitante:		NIF:
Tipo de Notificación : Ordinaria <input checked="" type="radio"/> Electrónica <input type="radio"/>		
Domicilio : <input type="text"/>		
Localidad : <input type="text"/>		Provincia : <input type="text"/> C.P. : <input type="text"/>
Teléfono : <input type="text"/>		Fax : <input type="text"/>
Dirección de correo electrónico : <input type="text"/>		
Parentesco ó relación con el/la causante <input type="text"/>		
DATOS PERSONALES DEL PENSIONISTA QUE CAUSA BAJA		
Apellidos y Nombre : <input type="text"/>		
DNI: <input type="text"/>		
MOTIVO POR EL QUE CAUSA BAJA		
<input checked="" type="radio"/> Fallecimiento del/de la pensionista <input type="radio"/> Cambio de estado Civil		
<input type="radio"/> Tener 21 años para huérfanos no incapacitados/a <input type="radio"/> Incompatibilidad con trabajo activo		
<input type="radio"/> Incomparecencia en control de aptitud legal <input type="radio"/> Otras causas <input type="text"/>		
Fecha del motivo de la baja : <input type="text"/>		
DOCUMENTACIÓN QUE DEBE PRESENTAR		
Cuando las normas reguladoras del correspondiente procedimiento o actuación administrativa requieran la aportación de documentos originales por los ciudadanos, o copias compulsadas o cotejadas de los mismos, dicha documentación podrá presentarse en cualquiera de los registros administrativos previstos en la normativa aplicable, mencionando el número o código de registro individualizado que se haya asignado al formulario presentado telemáticamente.		
<input type="checkbox"/> Certificado de defunción del pensionista que causa baja, en caso de fallecimiento.		
<input type="checkbox"/> Documentos que acrediten el motivo causante de la baja, en los demás casos		
<input type="text"/>		
<input type="button" value="ANEXAR"/> <input type="button" value="BORRAR DATOS"/>		<input type="button" value="FIRMAR Y ENVIAR"/>

 MINISTERIO DE ECONOMÍA Y HACIENDA	Secretaría de Estado de Hacienda y Presupuestos Secretaría General de Presupuestos y Gastos	Registro Telemático
	Dirección General de Costes de Personal y Pensiones Públicas	
Declaración de modificación de datos correspondiente a Pensiones de Clases Pasivas		
Solicitante:		NIF:
CUMPLIMENTAR ÚNICAMENTE AQUELLOS DATOS QUE HAYAN VARIADO		
DATOS PERSONALES DEL TITULAR		
Tipo de Notificación : Ordinaria <input type="radio"/> Electrónica <input checked="" type="radio"/>		
Domicilio : <input type="text"/>		
Localidad : <input type="text"/>		Provincia : - <input type="text"/> <input type="text"/> C.P. : <input type="text"/>
Teléfono : <input type="text"/>		Fax : <input type="text"/>
Dirección de correo electrónico : <input type="text"/>		
Fecha Nacimiento : <input type="text"/>		
DECLARACIÓN DEL ESTADO CIVIL DEL/DE LA SOLICITANTE		
<input type="checkbox"/> Viudo/a desde <input type="text"/>		<input type="checkbox"/> Casado/a desde <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Divorciado/a o Separado/a judicialmente desde <input type="text"/>		<input type="checkbox"/> Soltero/a
(fecha de la sentencia)		
OTRAS PENSIONES A LOS EFECTOS DE MODIFICACION DE LA CANTIDAD PERCIBIDA		
Número de Pensiones : <input type="text"/> <input type="button" value="AÑADIR PENSION"/>		
TIPO	ORGANISMO	FECHA INICIAL ABONO
-		IMPORTE
PROCEDIMIENTO DE COBRO DE LA PENSIÓN/ES		
<input type="radio"/> A través de entidad financiera <input type="radio"/> A través de habilitado de Clases Pasivas		
COBRO A TRAVÉS DE ENTIDAD FINANCIERA		
Titular/es : <input type="text"/>		
Entidad : <input type="text"/>		
Domicilio : <input type="text"/>		
Localidad : <input type="text"/>		Provincia : - <input type="text"/> <input type="text"/> C.P. : <input type="text"/>
Código Cuenta Cliente : Entidad : <input type="text"/> Oficina : <input type="text"/> DC : <input type="text"/> Nº Cuenta : <input type="text"/>		

COBRO A TRAVÉS DE HABILITADO/A DE CLASES PASIVAS

Nombre y Apellidos :

Clave:

OTRAS MODIFICACIONES

FIRMAR Y ENVIAR

 MINISTERIO DE ECONOMÍA Y HACIENDA	Secretaría de Estado de Hacienda y Presupuestos Secretaría General de Presupuestos y Gastos		Registro Telemático
	Dirección General de Costes de Personal y Pensiones Públicas		
Solicitud de rehabilitación y acumulación de Pensiones de Clases Pasivas			
Solicitante:		NIF:	
Tipo de Solicitud : Rehabilitación <input checked="" type="radio"/> Acumulación <input type="radio"/>			
Tipo de Notificación : Ordinaria <input checked="" type="radio"/> Electrónica <input type="radio"/>			
Domicilio : <input type="text"/>			
Localidad : <input type="text"/>		Provincia : <input type="text"/>	C.P. : <input type="text"/>
Teléfono : <input type="text"/>		Fax : <input type="text"/>	
Dirección de correo electrónico : <input type="text"/>			
Fecha Nacimiento : <input type="text"/>			
Delegación de Economía y Hacienda por la que desea cobrar en caso de residir en el extranjero <input type="text"/>			
PENSIÓN CUYA REHABILITACIÓN Y/O ACUMULACIÓN SE SOLICITA			
Tipo de Pensión: <input type="text"/>			
Delegación de Economía y Hacienda por la cobra o cobrará la pensión: <input type="text"/>			
Motivo de la baja, en caso de rehabilitación: <input type="text"/>			
Fecha de la baja: <input type="text"/>			
Motivo de la acumulación: <input type="text"/>			
Coparticipe que causa baja: <input type="text"/>			
DECLARACIÓN DEL ESTADO CIVIL DEL/DE LA SOLICITANTE			
<input type="radio"/> Viudo/a desde <input type="text"/>		<input type="radio"/> Casado/a desde <input type="text"/>	
<input type="radio"/> Divorciado/a o Separado/a judicialmente desde <input type="text"/>		<input type="radio"/> Soltero/a	
DECLARACIÓN DE OTRAS PENSIONES PÚBLICAS			
Además de la pensión de Clases Pasivas, cuya rehabilitación o acumulación se solicita, percibe, ha solicitado o solicitará las siguientes pensiones públicas.			
Número de Pensiones : <input type="text"/>		<input type="button" value="AÑADIR PENSION"/>	
TIPO	ORGANISMO	FECHA INICIAL ABONO	IMPORTE
-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	-
-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	-

PROCEDIMIENTO DE COBRO DE LA PENSIÓN/ES

A través de entidad financiera A través de habilitado de Clases Pasivas

COBRO A TRAVÉS DE ENTIDAD FINANCIERA

Titular/es :
Entidad :
Domicilio :
Localidad : Provincia : C.P. :
Código Cuenta Cliente : Entidad : Oficina : DC : N° Cuenta :

COBRO A TRAVÉS DE HABILITADO/A DE CLASES PASIVAS

Nombre y Apellidos :
Clave:

DOCUMENTOS A ADJUNTAR AL PRESENTE IMPRESO

Cuando las normas reguladoras del correspondiente procedimiento o actuación administrativa requieran la aportación de documentos originales por los ciudadanos, o copias compulsadas o cotejadas de los mismos, dicha documentación podrá presentarse en cualquiera de los registros administrativos previstos en la normativa aplicable, mencionando el número o código de registro individualizado que se haya asignado al formulario presentado telemáticamente.

EN TODOS LOS CASOS

Fotocopia del título de la pensión cuya rehabilitación o acumulación se solicita, si se dispone de ella.

SI SE SOLICITA REHABILITACIÓN

- Baja en las cotizaciones de la Seguridad Social, en su caso.
- Certificado de baja en trabajo activo, en su caso.
- Título de la pensión incompatible con la que se rehabilita, en su caso.

SI SE SOLICITA ACUMULACION

- Alta en trabajo activo o en la Seguridad Social, en su caso.
- Certificado de matrimonio, en su caso.
- Certificado de defunción, si la causa es fallecimiento.

ANEXAR

BORRAR DATOS

El/la firmante de este impreso declara que son ciertos los datos consignados en la presente solicitud y queda enterdo/a de la obligación de comunicar a la Dirección General de Costes de Personal y Pensiones Públicas del Ministerio de Economía y Hacienda ó a la Delegación de Economía y Hacienda correspondiente, cualquier variación que pudiera producirse en lo sucesivo.

SOLICITA, con la firma del presente documento el cobro de la Pensión señalada anteriormente, según las disposiciones legales vigentes.

FIRMAR Y ENVIAR

 MINISTERIO DE ECONOMÍA Y HACIENDA	Secretaría de Estado de Hacienda y Presupuestos Secretaría General de Presupuestos y Gastos		Registro Telemático
	Dirección General de Costes de Personal y Pensiones Públicas		
Solicitud de complementos económicos			
Solicitante:		NIF:	
Tipo de Notificación : Ordinaria <input checked="" type="radio"/> Electrónica <input type="radio"/>			
Domicilio : <input type="text"/>			
Localidad : <input type="text"/>		Provincia : <input type="text"/>	C.P. : <input type="text"/>
Teléfono : <input type="text"/>		Fax : <input type="text"/>	
Dirección de correo electrónico : <input type="text"/>			
Fecha Nacimiento: <input type="text"/>		Sexo: <input type="text"/>	Est. Civil: <input type="text"/>
DECLARA			
(Caso de falseamiento intencionado de cualquiera de los datos que a continuación se especifican podrán deducirse en contra del declarante responsabilidades penales o administrativas).			
(El declarante se compromete a comunicar las variaciones que en los datos suministrados pudieran producirse y que afectasen al complemento económico solicitado).			
1º) Que además de las pensiones de Clases Pasivas que percibe por esa Unidad de Clases Pasivas, al día de la fecha, percibe las pensiones públicas siguientes.			
Número de Pensiones : <input type="text"/>		AÑADIR PENSION	
TIPO	ORGANISMO	IMPORTE	MINIMOS
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2º) Que durante el año anterior al de la fecha, percibí los siguientes ingresos por los conceptos que también se indican:			
- Por rentas de capital mobiliario (intereses de todas clases).....		<input type="text"/>	euros/año
- Por rentas de capital inmobiliario (alquileres, etc.).....		<input type="text"/>	euros/año
- Por rentas de trabajo personal (sueldos, otras pensiones, etc.).....		<input type="text"/>	euros/año
- Otras rentas.....		<input type="text"/>	euros/año
3º) Que de los ingresos declarados en el apartado 2º ha dejado de percibir durante el presente año los siguientes:			
Número de Rentas Perdidas : <input type="text"/>		AÑADIR RENTA	
TIPO RENTA PERDIDA	CAUSA DE LA PERDIDA	IMPORTE INTEGRO ANUAL EN EL PASADO AÑO	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

4º.) Que convive con su conyuge D/Dña
y que el/la mismo/a percibe rentas superiores al salario minimo interprofesional vigente.

Y por todo lo expuesto SOLICITA el otorgamiento del complemento económico correspondiente a la pensión percibida.

FIRMAR Y ENVIAR

 MINISTERIO DE ECONOMÍA Y HACIENDA	Secretaría de Estado de Hacienda y Presupuestos Secretaría General de Presupuestos y Gastos		Registro Telemático
	Dirección General de Costes de Personal y Pensiones Públicas		
Solicitud de Haberes Devengados y no Percibidos			
Solicitante:		NIF:	
Tipo de Notificación : Ordinaria <input checked="" type="radio"/> Electrónica <input type="radio"/>			
Domicilio : <input type="text"/>			
Localidad : <input type="text"/>		Provincia : - <input type="text"/>	C.P. : <input type="text"/>
Teléfono : <input type="text"/>		Fax : <input type="text"/>	
Dirección de correo electrónico : <input type="text"/>			
Relación con el/la causante <input type="text"/>			
Solicita el abono de los haberes devengados y no percibidos: - en nombre y representación de la comunidad hereditaria - en la porción hereditaria que le corresponda y aporta cuaderno particional - designa para su cobro y aporta poder a favor de D/Dña <input type="text"/>			
DATOS DEL/DE LA CAUSANTE			
Apellidos y Nombre : <input type="text"/>			
DNI: <input type="text"/>	Fecha Fallecimiento : <input type="text"/>	Sexo: - <input type="text"/>	
PROCEDIMIENTO DE PAGO ELEGIDO <input checked="" type="radio"/> A través de entidad financiera <input type="radio"/> A través de habilitado de Clases Pasivas			
COBRO A TRAVÉS DE ENTIDAD FINANCIERA			
Titular/es : <input type="text"/>			
Entidad : <input type="text"/>			
Domicilio : <input type="text"/>			
Localidad : <input type="text"/>		Provincia : - <input type="text"/>	C.P. : <input type="text"/>
Código Cuenta Cliente : Entidad : <input type="text"/> Oficina : <input type="text"/> DC : <input type="text"/> Nº Cuenta : <input type="text"/>			
COBRO A TRAVÉS DE HABILITADO/A DE CLASES PASIVAS			
Nombre y Apellidos : <input type="text"/>			
Clave: <input type="text"/>			
SI EL/LA SOLICITANTE RECLAMA EN NOMBRE Y REPRESENTACION DE LA COMUNIDAD HEREDITARIA, EL ABONO TOTAL RESULTANTE			
Declaro bajo mi responsabilidad, que la herencia dejada por el/la causante a su muerte permanece indivisa. Que solicita las cantidades devengadas y no percibidas por el/la causante en representación de la comunidad hereditaria.			

DOCUMENTOS A ADJUNTAR AL PRESENTE IMPRESO

Cuando las normas reguladoras del correspondiente procedimiento o actuación administrativa requieran la aportación de documentos originales por los ciudadanos, o copias compulsadas o cotejadas de los mismos, dicha documentación podrá presentarse en cualquiera de los registros administrativos previstos en la normativa aplicable, mencionando el número o código de registro individualizado que se haya asignado al formulario presentado telemáticamente.

- Fotocopia del DNI del causante (y del NIF si el DNI no contiene letra de control).
- Certificado de defunción del/de la causante.
- Certificado de última voluntad del/de la causante.
- Testamento.

En caso de certificado de última voluntad negativo (no existencia de testamento) deberá aportar los certificados literales del registro civil (matrimonio/nacimiento) que acrediten la relación del parentesco del/de la solicitante con el/la causante, y por ello, su condición de heredero/a de acuerdo con el Código Civil o el Libro de Familia.

NOTA : La Administración podrá solicitar otros documentos, siempre que así lo establezca la normativa vigente o sean necesarios para la resolución del expediente.

	MINISTERIO DE ECONOMÍA Y HACIENDA	Secretaría de Estado de Hacienda y Presupuestos Secretaría General de Presupuestos y Gastos	Registro Telemático														
	Dirección General de Costes de Personal y Pensiones Públicas																
Solicitud de Pensiones Familiares de Clases Pasivas																	
Tipo de Solicitud : Viudedad <input checked="" type="radio"/> Orfandad <input type="radio"/> Orfandad por incapacidad <input type="radio"/> En Favor de Padres <input type="radio"/> Primer Reconocimiento <input checked="" type="radio"/> Revisión <input type="radio"/>																	
Solicitante:		NIF:															
Tipo de Notificación : Ordinaria <input checked="" type="radio"/> Electrónica <input type="radio"/>																	
Domicilio :																	
Localidad :		Provincia : -															
Teléfono :		Fax :															
Dirección de correo electrónico :																	
Fecha Nacimiento :																	
DATOS DE LOS HIJOS DEL CAUSANTE MENORES DE 18 AÑOS O INCAPACITADOS																	
Rellenar si se solicita pensión de orfandad y además el huérfano está representado legalmente por el cónyuge solicitante de pensión de viudedad (Funcionarios jubilados o fallecidos no jubilados después de 31 de diciembre de 1984).																	
Número de Hijos : 0		<input type="button" value="AÑADIR HIJO"/>															
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 15%;">1 APELLIDO</th> <th style="width: 15%;">2º APELLIDO</th> <th style="width: 15%;">NOMBRE</th> <th style="width: 10%;">DNI</th> <th style="width: 10%;">FECHA NAC.</th> <th style="width: 10%;">NACIONALIDAD</th> <th style="width: 10%;">INCAPACIDAD</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> </tr> </tbody> </table>				1 APELLIDO	2º APELLIDO	NOMBRE	DNI	FECHA NAC.	NACIONALIDAD	INCAPACIDAD							
1 APELLIDO	2º APELLIDO	NOMBRE	DNI	FECHA NAC.	NACIONALIDAD	INCAPACIDAD											
DATOS DEL/DE LA REPRESENTANTE O DE LA PERSONA DESIGNADA PARA NOTIFICACIONES																	
Apellidos y Nombre:		NIF:															
<input type="radio"/> Habilitado/a de Clases Pasivas - Clave de Habilitado/a																	
<input checked="" type="radio"/> No habilitado/a de Clases Pasivas																	
Domicilio :																	
Localidad :		Provincia : -															
Teléfono :		País de Residencia :															
DATOS DEL CAUSANTE FALLECIDO/A																	
Apellidos y Nombre:		NIF:															
Est. Civil: -		Sexo: -															
Fecha Nacimiento:		Fecha Fallecimiento:															
Situación del/de la causante en el momento de su fallecimiento																	
<input checked="" type="radio"/> Jubilado/a en el cuerpo/escala - En el año																	
<input type="radio"/> No jubilado/a último cuerpo/escala -																	

APLICACION DEL REAL DECRETO 691/91, DE 12 DE ABRIL, DE COMPUTO RECIPROCO DE CUOTAS ENTRE REGIMENES DE SEGURIDAD SOCIAL

Sólo funcionarios jubilados o fallecidos no jubilados después de 31 de diciembre de 1984.
En el supuesto de que el causante hubiera efectuado cotizaciones al sistema de Seguridad Social y se aporte certificado de dichas cotizaciones, (señalar con una "X" si procede).

SOLICITO que, en el reconocimiento de la pensión que pueda corresponderme, se tengan en cuenta las cotizaciones efectuadas a la Seguridad Social por el causante de la pensión

DECLARACION DE "HIJOS A CARGO" A EFECTOS DE INCREMENTO DE PENSION DE VIUDEDAD

(Ley 19/1974, de 27 de junio): Rellenar sólo en solicitudes de viudedad causadas por funcionarios jubilados o fallecidos antes de 1 de enero de 1985.

El solicitante tiene a su cargo, en situación de dependencia familiar o económica, a los hijos del causante -menores de 23 años o incapacitados- que se reflejan a continuación:

Número de Hijos : **AÑADIR HIJO**

1 APELLIDO	2º APELLIDO	NOMBRE	DNI	FECHA NAC.	NACIONALIDAD	INCAPACIDAD

DECLARACION DEL ESTADO CIVIL

A los efectos de justificar su Estado Civil, el solicitante D/Dª

DECLARA, bajo su responsabilidad, que su actual Estado Civil es el de:

- Casado/a
 Soltero/a
 Viudo/a desde de D/Dña
 con quien contraje matrimonio el
 Divorciado/a, Separado/a, judicialmente desde
 de D/Dña:
 con quien contraje matrimonio el

En solicitudes de Pensión de Viudedad, si su matrimonio fue disuelto por nulidad o divorcio, indique el periodo de convivencia con el causante Desde Hasta

DATOS DE OTRAS PENSIONES PUBLICAS

Además de la pensión que solicita con el presente impreso, percibe, ha solicitado o solicitará otras Pensiones Públicas

Número de Pensiones : **AÑADIR PENSION**

TITULAR	TIPO	ORGANISMO	FECHA INICIAL ABONO	IMPORTE	ESTADO
	-				-

DECLARACION DE TRABAJO ACTIVO

Rellenar sólo en el caso de solicitudes de pensión de orfandad.

- No desarrolla trabajo activo
 Sí desarrolla trabajo activo

En

Incluido en el sector (Público o Privado) desde hasta

DECLARACION DE DEPENDENCIA ECONOMICA

Rellenar sólo en el caso de solicitudes de pensión como padre/madre del funcionario causante.

- DECLARO que en el momento de su fallecimiento, dependía económicamente del funcionario causante.

PROCEDIMIENTO DE COBRO DE LA PENSIÓN/ES

- A través de entidad financiera A través de habilitado de Clases Pasivas

COBRO A TRAVÉS DE ENTIDAD FINANCIERA

Titular/es :

Entidad :

Domicilio :

Localidad : Provincia : C.P. :

Código Cuenta Cliente : Entidad : Oficina : DC : Nº Cuenta :

COBRO A TRAVÉS DE HABILITADO/A DE CLASES PASIVAS

Nombre y Apellidos :

Clave:

DOCUMENTOS A ADJUNTAR AL PRESENTE IMPRESO

Cuando las normas reguladoras del correspondiente procedimiento o actuación administrativa requieran la aportación de documentos originales por los ciudadanos, o copias compulsadas o cotejadas de los mismos, dicha documentación podrá presentarse en cualquiera de los registros administrativos previstos en la normativa aplicable, mencionando el número o código de registro individualizado que se haya asignado al formulario presentado telemáticamente.

SOLO SI SE DESIGNA REPRESENTANTE

- Documento público o privado por el que se otorga poder a un/una representante para la tramitación y/o cobro. Si el/la representante es un habilitado de clases pasivas, se utilizará como documento el modelo de poder y mandato aprobado por resolución de la Dirección General de Costes de Personal y Pensiones Públicas de 26 de Mayo de 1999.

EN TODOS LOS CASOS

- Modelo 145 de la Agencia Tributaria; Comunicación de datos al pagador (Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas) - no debe aportarlo el personal residente en el extranjero..

DATOS RELATIVOS AL CAUSANTE

- Fotocopia del DNI del causante (y del NIF si el DNI no contiene letra de control).
 Certificado literal de defunción del/de la causante.
 En el caso de que el causante hubiera fallecido no jubilado, certificado de servicios prestados por el/la causante a las Administraciones Públicas (Impreso CS), expedida por el Órgano de Personal del Organismo en que prestó los últimos servicios.
 En el caso de que se solicite que se computen las cotizaciones efectuadas por el causante a la Seguridad Social, informe de vida laboral o certificado de cotizaciones.

PENSIONES DE VIUDEDAD

- Certificado literal de matrimonio con el causante de fecha posterior a su defunción.
- En caso de nulidad o divorcio, copia de la Sentencia que lo declare.

Para el incremento de la pensión de viudedad por "hijos a cargo" del apartado "DECLARACION DE HIJOS A CARGO" del impreso:

- Certificado literal de nacimiento de cada "hijo a cargo".
- Declaración de Estado Civil de los mayores de 18 años no incapacitados.
- Informes médicos de los huérfanos que se declaren incapacitados y fotocopia del carné o cartilla de asistencia sanitaria (INSALUD, MUFACE, ISFAS O MUGEJU).

PENSIONES DE ORFANDAD

- Certificados literales de nacimiento de los interesados.

En el caso de solicitar pensión como incapacitado.

- Informes médicos explicativos y justificativos de la incapacidad alegada o, en su caso, declaración judicial de incapacidad.
- Fotocopia del carné o cartilla de asistencia sanitaria (INSALUD, MUFACE, ISFAS O MUGEJU).

En el caso de solicitar pensión de orfandad causada por funcionario jubilado o fallecido, antes de 1 de enero de 1985.

Documentación acreditativa del estado civil, si es distinto de soltero:

- Certificación literal de matrimonio del solicitante de fecha actual y, dependiendo del supuesto, la certificación de defunción del conyuge o la inscripción de la separación o del divorcio.

Si solicita pensión por la extinción de la pensión de viudedad

- Certificado literal de defunción del cónyuge del causante o, en otro caso, certificado del nuevo matrimonio del mismo.

Si no ha existido reconocimiento anterior de pensión familiar derivada del causante.

- Certificado literal de matrimonio del causante, de fecha posterior a su defunción.
- Certificado literal de defunción del cónyuge del causante, o en su caso, certificado del nuevo matrimonio del mismo.

PENSIONES EN FAVOR DE PADRES

- Certificado literal de matrimonio del causante, de fecha posterior a su defunción
- Declaración IRPF o certificación negativa expedida por la Agencia Tributaria, comprensiva de las rentas del contribuyente.
- Certificación del Registro de actos de última voluntad expedida por el Ministerio de Justicia y testamento o declaración de herederos del causante.
- Acreditación, en su caso, de la pérdida de derecho de familiares con derecho preferente, a causa de matrimonio (esposo) o fallecimiento (esposo o hijos), o cumplimiento de la edad (hijos).

Para solicitar la revisión de la pensión previamente reconocida, sólo deberán presentarse aquellos documentos que justifican la modificación solicitada.

--

ANEXAR

BORRAR DATOS

DECLARO, bajo mi responsabilidad, que son ciertos los datos que consigno en la presente solicitud y quedo enterado de la obligación de comunicar a la Dirección General de Costes de Personal y Pensiones Públicas del Ministerio de Economía y Hacienda cualquier variación que pudiera producirse en lo sucesivo.

Asimismo, QUEDO ENTERADO del deber de proporcionar a la Administración los datos que conozca de otros posibles beneficiarios, que no hayan comparecido en el procedimiento (Art. 39.2 LRJPAC); así como de que la pensión que pudiera ser reconocida en virtud de esta solicitud se entenderá siempre sin perjuicio del derecho que pueda asistir a otros posibles copartícipes de las pensiones familiares (Art. 11 del RD 5/1993).

AUTORIZO la cesión de los datos personales incluidos en la solicitud u obrantes en el expediente a otras Administraciones Públicas que ejerzan competencias en materia de pensiones o prestaciones públicas o respecto de las cotizaciones o servicios que se integran en la vida laboral. En particular consiento la cesión de mis datos a las Entidades Gestoras de la Seguridad Social, al Ministerio de Defensa, a los Organos enumerados en el Art. 13.1 del Texto Refundido de la Ley de Clases Pasivas y a la Agencia Estatal de la Administración Tributaria.

PRESTO CONSENTIMIENTO a que los datos personales que obren en otra oficina pública y sean necesarios para resolver el expediente puedan ser transmitidos o certificados telemáticamente a la Dirección General de Costes de Personal y Pensiones Públicas.

Señalar con una X lo que proceda.

SOLICITO, mediante la firma del presente formulario, el reconocimiento y, en su caso, el pago de la pensión que proceda según las disposiciones vigentes.

Además SOLICITO, como representante legal de los huérfanos reseñados en el apartado "Hijos Menores de 18 años o incapacitados" de este formulario, el reconocimiento y, en su caso, el pago de las pensiones que proceda según las disposiciones vigentes.

FIRMAR Y ENVIAR

Los datos personales aportados por Vd. van a ser incluidos en un fichero informático, con la finalidad de calcular, controlar, mantener y revalorizar, en su caso, la prestación que pueda corresponderle. El fichero será custodiado por esta Dirección General que es el órgano destinatario de la información y el responsable de su tratamiento.

 MINISTERIO DE ECONOMÍA Y HACIENDA	Secretaría de Estado de Hacienda y Presupuestos Secretaría General de Presupuestos y Gastos	Registro Telemático
	Dirección General de Costes de Personal y Pensiones Públicas	
Solicitud de Pensión Familiar Derivada de la Guerra Civil		
Solicitante:		NIF:
Tipo de Solicitud : Viudedad <input checked="" type="radio"/> Orfandad <input type="radio"/> En Favor de Padres <input type="radio"/> Primer Reconocimiento <input type="radio"/> Revisión <input type="radio"/>		
Tipo de Notificación : Ordinaria <input checked="" type="radio"/> Electrónica <input type="radio"/>		
Domicilio : <input type="text"/>		
Localidad : <input type="text"/> Provincia : <input type="text"/> C.P. : <input type="text"/>		
Teléfono : <input type="text"/> Fax : <input type="text"/>		
Dirección de correo electrónico : <input type="text"/>		
Fecha Nacimiento : <input type="text"/>		
DATOS DEL/DE LA REPRESENTANTE O DE LA PERSONA DESIGNADA PARA NOTIFICACIONES		
Apellidos y Nombre: <input type="text"/>		NIF: <input type="text"/>
<input type="radio"/> Habilitado/a de Clases Pasivas - Clave de Habilitado/a <input type="text"/> <input type="radio"/> No habilitado/a de Clases Pasivas		
Domicilio : <input type="text"/>		
Localidad : <input type="text"/> Provincia : <input type="text"/> C.P. : <input type="text"/>		
Teléfono : <input type="text"/> País de Residencia : <input type="text"/>		
DATOS DEL CAUSANTE		
Apellidos y Nombre: <input type="text"/>		NIF: <input type="text"/>
Fecha Nacimiento: <input type="text"/> Fecha Fallecimiento: <input type="text"/>		
SOLICITA PENSIÓN DERIVADA DE (marcar con una X el espacio que corresponda)		
<input type="checkbox"/> Profesional de las Fuerzas ó Institutos Armados de la República. <small>(Título I Ley 37/1984, de 22 de Octubre)</small>		
<input type="checkbox"/> No Profesional de las Fuerzas ó Institutos Armados de la República. <small>(Título II Ley 37/1984, de 22 de Octubre)</small>		
<input type="checkbox"/> Fallecido en guerra. <small>(Ley 5/1979, de 18 de septiembre)</small>		
<input type="checkbox"/> Mutilado Excombatiente. <small>(RDL 43/1978, de 21 de diciembre, y Ley 35/1980, de 26 de junio)</small>		
<input type="checkbox"/> Mutilado Civil. <small>(Ley 6/1982, de 29 de marzo, y Decreto 670/1976, de 5 de marzo)</small>		

ESPACIO PARA ALEGAR LOS HECHOS QUE, EN SU CASO, CONSIDERE OPORTUNOS

--

DECLARACIÓN DE HIJOS A CARGO A EFECTOS DEL INCREMENTO DE PENSIÓN DE VIUDEDAD

(Rellenar sólo en solicitudes de pensión de viudedad causadas por militar profesional)

El/la solicitante tiene a su cargo, en situación de dependencia familiar o económica, a los siguientes hijos del causante, menores de 23 años o incapacitados.

Número de Hijos:

AÑADIR HIJO

1 APELLIDO	2º APELLIDO	NOMBRE	FECHA NAC.	E CIVIL	INCAPACIDAD
				-	

DATOS DE OTROS POSIBLES BENEFICIARIOS DEL CAUSANTE

Número de Beneficiarios:

AÑADIR BENEFICIARIO

APELLIDOS Y NOMBRE	DOMICILIO	FECHA NAC.	EST. CIVIL	RELACION FAMILIAR
			-	

DECLARACION DEL ESTADO CIVIL

A los efectos de justificar su Estado Civil, el solicitante D/D^a

DECLARA, bajo su responsabilidad, que su actual Estado Civil es el de:

Casado/a

Soltero/a

Viudo/a desde de D/D^{ña}
con quien contraje matrimonio el

Divorciado/a, Separado/a, judicialmente desde
de D/D^{ña}:
con quien contraje matrimonio el

En solicitudes de Pensión de Viudedad, si su matrimonio fue disuelto por nulidad o divorcio, indique el periodo de convivencia con el causante Desde Hasta

DECLARACIÓN DE OTRAS PENSIONES PÚBLICAS

Además de la pensión que solicita en el presente impreso, el/la solicitante percibe, ha solicitado o solicitará otras pensiones públicas.

Número de Pensiones:

AÑADIR PENSION

TIPO	ORGANISMO	FECHA INICIAL ABONO	IMPORTE	ESTADO
-				-

DECLARACION DE TRABAJO ACTIVO

- No desarrolla trabajo activo
 Sí desarrolla trabajo activo

En
 Includido en el sector (Público o Privado) desde hasta

PROCEDIMIENTO DE COBRO DE LA PENSIÓN/ES

- A través de entidad financiera A través de habilitado de Clases Pasivas

COBRO A TRAVÉS DE ENTIDAD FINANCIERA

Titular/es :
 Entidad :
 Domicilio :
 Localidad : Provincia : C.P. :
 Código Cuenta Cliente : Entidad : Oficina : DC : N° Cuenta :

COBRO A TRAVÉS DE HABILITADO/A DE CLASES PASIVAS

Nombre y Apellidos :
 Clave :

DOCUMENTOS A ADJUNTAR AL PRESENTE IMPRESO

Cuando las normas reguladoras del correspondiente procedimiento o actuación administrativa requieran la aportación de documentos originales por los ciudadanos, o copias compulsadas o cotejadas de los mismos, dicha documentación podrá presentarse en cualquiera de los registros administrativos previstos en la normativa aplicable, mencionando el número o código de registro individualizado que se haya asignado al formulario presentado telemáticamente.

SI ACTUA A TRAVES DE REPRESENTANTE

Si actúa a través de representante, debe aportar el documento público o privado por el que se le otorgue poder para la tramitación y/o cobro de la pensión. Si el representante es Habilitado de Clases Pasivas se utilizará el modelo de poder y mandato aprobado por Resolución de la DGCP y PP de 26 de mayo de 1999.

SOLICITUDES DE PRIMER RECONOCIMIENTO DE PENSION

DNI del causante o del beneficiario anterior, cuando este no fuera perceptor de pensión y hubiera fallecido con posterioridad a 31-12-1990 (y del NIF si el DNI no contiene letra de control).
 Modelo 145 de la Agencia Tributaria: Comunicación de datos al pagador (Impuesto sobre la Renta de Personas Físicas) (no debe aportarlo el personal residente en el extranjero).
 Cuando ni al causante ni a ningún otro familiar del mismo se les hubiera reconocido pensión como consecuencia de los hechos alegados en relación con la guerra civil, deberá aportarse la documentación probatoria de tales hechos que acredite la inclusión en el ámbito de las normas cuya aplicación solicita.

PARA PENSIONES DE VIUDEDAD

- Certificado literal de defunción del causante.
 Certificado literal de matrimonio del causante, de fecha posterior a su defunción.

PARA PENSIONES DE ORFANDAD

- Certificado literal de nacimiento del interesado.
- Documentación acreditativa del estado civil, cuando éste sea distinto de soltero: Certificación literal de matrimonio del solicitante de fecha actual y, dependiendo del supuesto, la certificación de defunción del cónyuge o la inscripción de la separación o del divorcio.

Si no ha existido un reconocimiento anterior de pensión familiar derivada del causante

- Certificado literal de defunción del causante.
- Certificado literal de matrimonio del causante, de fecha posterior a su defunción.
- Certificado literal de defunción del cónyuge del causante o, en otro caso, declaración jurada de estado civil suscrita por el mismo.

Si solicita pensión como consecuencia de la extinción de una pensión de viudedad anterior.

- Certificado literal de defunción del cónyuge del causante o, en otro caso, declaración jurada de estado civil suscrita por el mismo.

Si solicita pensión como incapacitado.

- Certificado médico ordinario explicativo de la incapacidad alegada y fotocopia del carné o cartilla de asistencia sanitaria (INSALUD, MUFACE, ISFAS o MUGEJU); o, en su caso, declaración judicial de incapacidad.

Para solicitar la revisión de la pensión previamente reconocida, sólo deberán presentarse aquellos documentos que justifiquen la modificación solicitada.

Cuando ni al causante ni a ningún otro familiar del mismo se les hubiera reconocido pensión como consecuencia de hechos relacionados con la guerra civil, deberá aportarse la documentación probatoria de tales hechos que acredite su inclusión en el ámbito subjetivo de las normas cuya aplicación solicita.

ANEXAR

BORRAR DATOS

DECLARO, bajo mi responsabilidad, que son ciertos los datos que consigno en la presente solicitud y quedo enterado de la obligación de comunicar a la Dirección General de Costes de Personal y Pensiones Públicas del Ministerio de Economía y Hacienda cualquier variación que pudiera producirse en lo sucesivo.

Asimismo, QUEDO ENTERADO del deber de proporcionar a la Administración los datos que conozca de otros posibles beneficiarios, que no hayan comparecido en el procedimiento (Artículo 39.2 LRJPAC); así como de que la pensión que pudiera reconocerse en virtud de esta solicitud se entenderá siempre sin perjuicio del derecho que pueda asistir a otros posibles copartícipes de las pensiones familiares (Artículo 11 del RD 5/1993).

Autorizo la cesión de los datos personales incluidos en la solicitud u obrantes en el expediente a otras Administraciones Públicas que ejerzan competencias en materia de pensiones o prestaciones públicas o respecto de las cotizaciones o servicios que se integran en la vida laboral. En particular consiento la cesión de mis datos a las Entidades Gestoras de la Seguridad Social, al Ministerio de Defensa, a los Organos enumerados en el art. 13.1 del Texto Refundido de la Ley de Clases Pasivas y a la Agencia Estatal de la Administración Tributaria.

Presto consentimiento a que los datos personales que obren en otra oficina pública y sean necesarios para resolver el expediente puedan ser transmitidos o certificados telemáticamente a la Dirección General de Costes de Personal y Pensiones Públicas.

SOLICITO, mediante la firma del presente impreso, el reconocimiento y, en su caso, el pago de la pensión que proceda según las disposiciones vigentes.

FIRMAR Y ENVIAR

Los datos personales aportados por Vd. van a ser incluidos en un fichero informático, con la finalidad de calcular, controlar, mantener y revalorizar, en su caso, la prestación que pueda corresponderle. El fichero será custodiado por esta Dirección General que es el órgano destinatario de la información y el responsable de su tratamiento.

	MINISTERIO DE ECONOMÍA Y HACIENDA	Secretaría de Estado de Hacienda y Presupuestos Secretaría General de Presupuestos y Gastos	Dirección General de Costes de Personal y Pensiones Públicas	Registro Telemático
	Solicitud de Pensión en Favor de Causante Derivada de la Guerra Civil			
Solicitante:		NIF:		
Tipo de Solicitud : Primer Reconocimiento <input checked="" type="radio"/> Revisión <input type="radio"/>				
Tipo de Notificación : Ordinaria <input checked="" type="radio"/> Electrónica <input type="radio"/>				
Domicilio : <input type="text"/>				
Localidad : <input type="text"/>		Provincia : - <input type="text"/>	C.P. : <input type="text"/>	
Teléfono : <input type="text"/>		Fax : <input type="text"/>		
Dirección de correo electrónico : <input type="text"/>				
Fecha Nacimiento : <input type="text"/>				
DATOS DEL/DE LA REPRESENTANTE O DE LA PERSONA DESIGNADA PARA NOTIFICACIONES				
Apellidos y Nombre: <input type="text"/>		NIF: <input type="text"/>		
<input type="radio"/> Habilitado/a de Clases Pasivas - Clave de Habilitado/a <input type="text"/>				
<input checked="" type="radio"/> No habilitado/a de Clases Pasivas				
Domicilio : <input type="text"/>				
Localidad : <input type="text"/>		Provincia : - <input type="text"/>	C.P. : <input type="text"/>	
Teléfono : <input type="text"/>		País de Residencia : <input type="text"/>		
SOLICITUD POR SU CONDICIÓN DE (marcar con una X el espacio que corresponda)				
<input type="checkbox"/> Profesional de las Fuerzas ó Institutos Armados de la República. <small>(Título I Ley 37/1984, de 22 de Octubre)</small>				
<input type="checkbox"/> No Profesional de las Fuerzas ó Institutos Armados de la República. <small>(Título II Ley 37/1984, de 22 de Octubre)</small>				
<input type="checkbox"/> Mutilado Excombatiente. <small>(RDL 43/1978, de 21 de diciembre, y Ley 35/1980, de 26 de junio)</small>				
<input type="checkbox"/> Mutilado Civil. <small>(Ley 6/1982, de 29 de marzo, y Decreto 670/1976, de 5 de marzo)</small>				

ESPACIO PARA ALEGAR LOS HECHOS QUE, EN SU CASO, CONSIDERE OPORTUNOS

--

DECLARACIÓN DE OTRAS PENSIONES PÚBLICAS

Además de la pensión que solicita en el presente impreso, el/la solicitante percibe, ha solicitado o solicitará otras pensiones públicas.

Número de Pensiones :

AÑADIR PENSION

TIPO	ORGANISMO	FECHA INICIAL ABONO	IMPORTE	ESTADO
-				-

DECLARACION DE TRABAJO ACTIVO

- No desarrolla trabajo activo
 Sí desarrolla trabajo activo

En

Incluido en el sector (Público o Privado) desde hasta

PROCEDIMIENTO DE COBRO DE LA PENSIÓN/ES

- A través de entidad financiera A través de habilitado de Clases Pasivas

COBRO A TRAVÉS DE ENTIDAD FINANCIERA

Titular/es :

Entidad :

Domicilio :

Localidad : Provincia : C.P. :

Código Cuenta Cliente : Entidad : Oficina : DC : Nº Cuenta :

COBRO A TRAVÉS DE HABILITADO/A DE CLASES PASIVAS

Nombre y Apellidos :

Clave:

DOCUMENTOS A ADJUNTAR AL PRESENTE IMPRESO

Cuando las normas reguladoras del correspondiente procedimiento o actuación administrativa requieran la aportación de documentos originales por los ciudadanos, o copias compulsadas o cotejadas de los mismos, dicha documentación podrá presentarse en cualquiera de los registros administrativos previstos en la normativa aplicable, mencionando el número o código de registro individualizado que se haya asignado al formulario presentado telemáticamente.

SI ACTUA A TRAVES DE REPRESENTANTE

Documento público que acredite el poder o la representación para la tramitación y/o cobro de la pensión, así como el Documento Identificativo del representante. Si el representante es un Habilitado de Clases Pasivas se utilizará el modelo de poder y mandato aprobado por resolución de esta Dirección General de 26-5-1999.

SOLICITUDES DE PRIMER RECONOCIMIENTO DE PENSIÓN

- Certificado literal de nacimiento del interesado (sólo en el caso de que no se hubiera aportado con anterioridad).
- Modelo 145 de la Agencia Tributaria: Comunicación de datos al pagador (Impuesto sobre la Renta de Personas Físicas) -no debe aportarlo el personal residente en el extranjero-.

PARA MIEMBROS DE LAS FUERZAS O INSTITUTOS ARMADOS DE LA REPÚBLICA

- Documentación acreditativa de los empleos desempeñados al servicio de la República que permitan deducir la inclusión en el ámbito subjetivo del Título I o II de la Ley 37/1984.

PARA MUTILADOS COMO CONSECUENCIA DE LA GUERRA CIVIL

- Certificado médico en el que consten todas las lesiones padecidas por el interesado como consecuencia de la guerra civil.
- Fotocopia del carné o cartilla de asistencia sanitaria (INSALUD, MUFACE, ISFAS o MUGEJU).
- En el caso de solicitudes de primer reconocimiento de pensión, debe presentar la documentación de época acreditativa de las circunstancias en las que se produjeron las lesiones o, de no ser posible, acta de notoriedad que justifique la causa, el lugar y la fecha de las mismas. Las actas de notoriedad podrán practicarse por Notario o Autoridad Local o Judicial, siempre que se cumpla lo previsto en el artículo 209 del Reglamento Notarial, en lo relativo a la declaración de publicidad y notoriedad por parte de quien reciba las manifestaciones de los testigos.

Para solicitar la revisión de la pensión previamente reconocida, sólo deberán presentarse aquellos documentos que justifiquen la modificación solicitada.

ANEXAR

BORRAR DATOS

DECLARO, bajo mi responsabilidad, que son ciertos los datos que consigno en la presente solicitud y quedo enterado de la obligación de comunicar a la Dirección General de Costes de Personal y Pensiones Públicas del Ministerio de Economía y Hacienda cualquier variación que pudiera producirse en lo sucesivo.

AUTORIZO la cesión de los datos personales incluidos en la solicitud u obrantes en el expediente a otras Administraciones Públicas que ejerzan competencias en materia de pensiones o prestaciones públicas o respecto de las cotizaciones o servicios que se integran en la vida laboral. En particular consiento la cesión de mis datos a las Entidades Gestoras de la Seguridad Social, al Ministerio de Defensa, a los Organos enumerados en el art. 13.1 del Texto Refundido de la Ley de Clases Pasivas y a la Agencia Estatal de la Administración Tributaria.

PRESTO CONSENTIMIENTO a que los datos personales que obren en esta oficina pública y sean necesarios para resolver el expediente puedan ser transmitidos o certificados telemáticamente a la Dirección General de Costes de Personal y Pensiones Públicas.

SOLICITO, mediante la firma del presente impreso, el reconocimiento y, en su caso, el pago de la pensión que proceda según las disposiciones legales vigentes.

FIRMAR Y ENVIAR

Los datos personales aportados por Vd. van a ser incluidos en un fichero informático, con la finalidad de calcular, controlar, mantener y revalorizar, en su caso, la prestación que pueda corresponderle. El fichero será custodiado por esta Dirección General que es el órgano destinatario de la información y el responsable de su tratamiento.

 MINISTERIO DE ECONOMÍA Y HACIENDA	Secretaría de Estado de Hacienda y Presupuestos Secretaría General de Presupuestos y Gastos		Registro Telemático
	Dirección General de Costes de Personal y Pensiones Públicas		
Solicitud de traslado del cobro de Pensiones de Clases Pasivas			
Solicitante:		NIF:	
Tipo de Notificación : Ordinaria <input checked="" type="radio"/> Electrónica <input type="radio"/>			
Domicilio : <input type="text"/>			
Localidad :		Provincia : -	C.P. :
Teléfono :		Fax :	
Dirección de correo electrónico : <input type="text"/>			
Tipo de Prestación: <input type="text"/>			
Unidad de Clases Pasivas de origen: <input type="text"/>			
DOMICILIO DE DESTINO			
Domicilio : <input type="text"/>			
Localidad :		Provincia : -	C.P. :
Telefono :		Fax :	
PROCEDIMIENTO DE COBRO DE LA PENSIÓN/ES			
<input checked="" type="radio"/> A través de entidad financiera <input type="radio"/> A través de habilitado de Clases Pasivas			
COBRO A TRAVÉS DE ENTIDAD FINANCIERA			
Titular/es : <input type="text"/>			
Entidad : <input type="text"/>			
Domicilio : <input type="text"/>			
Localidad :		Provincia : -	C.P. :
Código Cuenta Cliente : Entidad : <input type="text"/> Oficina : <input type="text"/> DC : <input type="text"/> Nº Cuenta : <input type="text"/>			
COBRO A TRAVÉS DE HABILITADO/A DE CLASES PASIVAS			
Nombre y Apellidos : <input type="text"/>			
Clave: <input type="text"/>			
Solicito el traslado del cobro de la pensión señalada a la Delegación de Economía y Hacienda de <input type="text"/> por cambio de domicilio y según la modalidad de cobro elegida en el presente formulario.			
			FIRMAR Y ENVIAR

	MINISTERIO DE ECONOMÍA Y HACIENDA	Secretaría de Estado de Hacienda y Presupuestos Secretaría General de Presupuestos y Gastos	Dirección General de Costes de Personal y Pensiones Públicas	Registro Telemático
	Ayuda económica a víctimas de delitos violentos y contra la libertad sexual			
Remitente:		NIF:		
Tipo de Notificación : Ordinaria <input type="radio"/> Electrónica <input checked="" type="radio"/>				
Domicilio : <input type="text"/>				
Localidad : <input type="text"/>		Provincia : - <input type="text"/>	C.P. : <input type="text"/>	
Teléfono : <input type="text"/>		Fax : <input type="text"/>		
Dirección de correo electrónico : <input type="text"/>				
DATOS DEL/DE LA REPRESENTANTE O DE LA PERSONA DESIGNADA PARA NOTIFICACIONES				
Apellidos y Nombre: <input type="text"/>		NIF: <input type="text"/>		
<input type="radio"/> Habilitado/a de Clases Pasivas - Clave de Habilitado/a <input type="text"/>				
<input checked="" type="radio"/> No habilitado/a de Clases Pasivas				
Domicilio : <input type="text"/>				
Localidad : <input type="text"/>		Provincia : - <input type="text"/>	C.P. : <input type="text"/>	
Teléfono : <input type="text"/>		País de Residencia : <input type="text"/>		
DATOS DE LA VICTIMA DIRECTA DEL DELITO				
Apellidos y Nombre: <input type="text"/>		NIF: <input type="text"/>		
FECHA Y LUGAR COMISIÓN DEL DELITO				
Fecha Delito : <input type="text"/>				
Localidad : <input type="text"/>		Provincia : - <input type="text"/>		
PARENTESCO O VINCULO DEL SOLICITANTE CON LA VICTIMA DIRECTA				
<input type="checkbox"/> El solicitante es la víctima directa (VD) del delito.				
<input type="checkbox"/> Es víctima indirecta, por ser:				
<input type="radio"/> Conyuge		<input type="radio"/> Pareja de hecho de la VD		
<input type="radio"/> Hijo de la VD		<input type="radio"/> Hijo del cónyuge	<input type="radio"/> Hijo de la pareja de hecho	
<input type="radio"/> Padre		<input type="radio"/> Madre	<input type="radio"/> Tutor de la VD	

SOLICITUD DE AYUDA (marcar con una X donde corresponda)

- Provisional
 Definitiva

A víctima directa por:

- Incapacidad temporal Invalidez permanente
 Gastos de tratamiento terapéutico, en delitos contra la libertad sexual

A víctima indirecta por:

- Fallecimiento de la víctima Gastos funerarios

RELACION DE LAS DEMÁS PERSONAS QUE SOLICITAN CONJUNTAMENTE AYUDA POR FALLECIMIENTONúmero de Personas : **AÑADIR PERSONA**

APELLIDOS	NOMBRE	NIF	PARENTESCO

DOCUMENTACION QUE SE ACOMPAÑA

Cuando las normas reguladoras del correspondiente procedimiento o actuación administrativa requieran la aportación de documentos originales por los ciudadanos, o copias compulsadas o cotejadas de los mismos, dicha documentación podrá presentarse en cualquiera de los registros administrativos previstos en la normativa aplicable, mencionando el número o código de registro individualizado que se haya asignado al formulario presentado telemáticamente.

DOCUMENTOS QUE HAY QUE APORTAR SIEMPRE:

- Descripción de las circunstancias del hecho delictivo.
 Declaración sobre indemnizaciones y ayudas percibidas o que pudiera percibir.

DOCUMENTOS QUE SE DEBEN APORTAR CON LAS SOLICITUDES DE AYUDAS PROVISIONALES:

- Acreditación de la denuncia del delito, o del inicio del proceso penal.
 Formalización de la solicitud ante el Mº Fiscal de que emita informe sobre si existen indicios razonables de que los daños los ha producido un hecho con caracteres de delito violento y doloso, o contra la libertad sexual.
 Acreditación del estado de precariedad, mediante declaración del IRPF y/o certificación negativa de la AEAT.

DOCUMENTOS QUE SE DEBEN APORTAR CON LAS SOLICITUDES DEFINITIVAS:

- Resolución Judicial que puso fin al proceso penal.

ANEXAR**BORRAR DATOS****FIRMAR Y ENVIAR**

	MINISTERIO DE ECONOMÍA Y HACIENDA	Secretaría de Estado de Hacienda y Presupuestos Secretaría General de Presupuestos y Gastos	Dirección General de Costes de Personal y Pensiones Públicas	Registro Telemático	
	Comunicación de datos al pagador Retenciones sobre Rendimientos del Trabajo (Modelo 145 - AGENCIA TRIBUTARIA)				
Perceptor :		NIF:			
Domicilio : <input type="text"/>					
Localidad :		Provincia : -	C.P. :		
Teléfono :		Fax :			
Año de Nacimiento : <input type="text"/>					
SITUACIÓN FAMILIAR					
<input checked="" type="radio"/> Soltero/a, viudo/a, divorciado/a o separado/a legalmente con hijos solteros menores de 18 años o incapacitados judicialmente que conviven exclusivamente con Vd. sin convivir también con el otro progenitor, siempre que proceda consignar al menos un hijo o descendiente en el apartado 2 de esta comunicación.					
<input type="radio"/> Casado/a y no separado/a legalmente cuyo cónyuge no obtiene rentas superiores a 1.500 euros anuales.					
N.I.F. del cónyuge (si ha marcado la casilla 2, consigne en esta casilla el N.I.F.). <input type="text"/>					
<input type="radio"/> Situación familiar distinta de las dos anteriores (solteros sin hijos, casados cuyo cónyuge obtiene rentas superiores a 1.500 euros anuales ... etc.).					
DISCAPACIDAD (GRADO DE MINUSVALIA RECONOCIDA)					
<input type="radio"/> Igual o superior al 33% e inferior al 65% <input type="radio"/> Igual o superior al 65%					
Tengo acreditada necesidad de ayuda de 3ª personas o movilidad reducida <input type="checkbox"/>					
MOVILIDAD GEOGRÁFICA					
Si anteriormente estaba Vd. en situación de desempleo y la aceptación del puesto de trabajo actual ha exigido el traslado de su residencia habitual a un nuevo municipio, indique la fecha de dicho traslado <input type="text"/>					
PROLONGACIÓN DE LA ACTIVIDAD LABORAL					
Si, una vez cumplidos los 65 años de edad, continúa o prolonga Vd. la actividad laboral <input type="checkbox"/>					
HIJOS Y OTROS DESCENDIENTES SOLTEROS MENORES DE 25 AÑOS, O MAYORES SI SON DISCAPACITADOS, QUE CONVIVEN CON EL PERCEPTOR (que no tienen rentas superiores a 8.000 euros).					
Número de Hijos : <input type="text"/>		CREAR HIJOS			
Discapacidad (grado de minusvalía reconocida)					
Año de nacimiento	Año de adopción	Igual o superior al 33% e inferior al 65%	Igual o superior al 65%	Necesidad de ayuda de 3ª personas	Cómputo por entero
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ASCENDIENTES MAYORES DE 65 AÑOS O MENORES SI SON DISCAPACITADOS, QUE CONVIVEN CON EL PERCEPTOR					
Número de Ascendientes : <input type="text"/>		CREAR ASCENDIENTES			
Discapacidad (grado de minusvalía reconocida)					
Año de nacimiento	Igual o superior al 33% e inferior al 65%	Igual o superior al 65%	Necesidad de ayuda de 3ª personas	Convivencia con otros descendientes	
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

PENSIONES COMPENSATORIAS EN FAVOR DEL CONYUGE Y ANUALIDADES POR ALIMENTACION EN FAVOR DE LOS HIJOS, FIJADAS AMBAS POR DECISION JUDICIAL

IMPORTANTE: para que los importes consignados en este apartado puedan ser tenidos en cuenta a efectos de determinar el tipo de retención aplicable, deberá acompañar a esta comunicación testimonio de la resolución judicial determinante de las pensiones compensatorias y/o anualidades por alimentos de que se trate.

PENSIÓN COMPENSATORIA EN FAVOR DEL CÓNYUGE

Importe anual que el perceptor está obligado a satisfacer por resolución judicial

ANUALIDADES POR ALIMENTOS EN FAVOR DE LOS HIJOS

Importe anual que el perceptor está obligado a satisfacer por resolución judicial

DOCUMENTACION QUE SE ACOMPAÑA

Cuando las normas reguladoras del correspondiente procedimiento o actuación administrativa requieran la aportación de documentos originales por los ciudadanos, o copias compulsadas o cotejadas de los mismos, dicha documentación podrá presentarse en cualquiera de los registros administrativos previstos en la normativa aplicable, mencionando el número o código de registro individualizado que se haya asignado al formulario presentado telemáticamente.

- Resolución judicial determinante de la pensión compensatoria
 Resolución judicial determinante de la pensión alimenticia

ANEXAR**BORRAR DATOS****FIRMA Y ENVIAR**

SOLICITUD TELEMÁTICA DEL DIPLOMA DE MEDIADOR DE SEGUROS TITULADO

D. / D^a. _____.

de nacionalidad _____ **con D.N.I.** _____.

con domicilio en _____.

localidad _____.

código postal _____ **teléfono** _____.

e-mail _____

E X P O N E :

Que reúne los requisitos exigidos en el artículo 16 de la Ley 9/1992, de 30 de abril, de Mediación en Seguros Privados (B.O.E. 2-5-92), y que cumple con alguno de los tres apartados siguientes (señálese el que proceda) :

- Ha superado una prueba selectiva de aptitud para la obtención del diploma de Mediador de Seguros Titulado organizada por el Consejo General de Colegios de Mediadores de Seguros titulados.
- Ha superado un curso de formación en materias financieras y de seguros privados homologado de conformidad con la Ley 9/1992.
- Está en posesión del Título de Licenciado en Derecho, en Ciencias Económicas y Empresariales, en Administración y Dirección de Empresas, en Economía, actuario de seguros o está en posesión de un título superior universitario correspondiente al primer ciclo en materias específicas de seguros privados. (Especifíquese el Título)

S O L I C I T A :

La expedición del diploma de Mediador de Seguros Titulado y se compromete a aportar a la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones la documentación acreditativa del cumplimiento de los requisitos establecidos en el artículo 16 de la citada Ley 9/1992.

en a de de 200 .

SOLICITUD TELEMÁTICA DE LA AUTORIZACIÓN PARA EJERCER COMO CORREDOR DE SEGUROS

D. _____

De _____ nacionalidad _____ con _____ N.I.F.

con _____ domicilio _____ profesional
en _____

provincia _____ de _____ CP. _____ calle
_____ nº _____

piso _____ letra _____ puerta _____ nº de teléfono _____ nº de
Fax _____

e-mail _____

Primero: Solicita autorización administrativa para acceder al ejercicio de la actividad de correduría de seguros y la inscripción en el Registro administrativo especial de corredores de seguros, de sociedades de correduría de seguros y de sus altos cargos, conforme a lo dispuesto en la Ley 9/1992, de 30 de Abril, de Mediación en Seguros Privados y en el Real Decreto 2486/1998, por el que se aprueba el Reglamento de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados.

Segundo: Que reúne los requisitos exigidos en el artículo 15 y concordantes de la Ley 9/1992 para obtener la autorización administrativa para ejercer la actividad de correduría de seguros y que posteriormente, dentro del plazo legal de duración del procedimiento, aportará la documentación acreditativa del cumplimiento de dichos requisitos a la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones.

En _____, a _____ de _____ de 200__

**SOLICITUD TELEMÁTICA DE LA AUTORIZACIÓN PARA EJERCER COMO SOCIEDAD DE
CORREDURÍA DE SEGUROS**

D. _____
en nombre y

representación
de _____

con C.I.F. _____ y domicilio social
en _____

provincia de _____ CP. _____ calle
_____ nº _____

piso _____ letra _____ puerta _____ nº de teléfono _____ nº de
Fax _____

e-mail _____

Primero: Solicita autorización administrativa para acceder al ejercicio de la actividad de correduría de seguros y la inscripción en el Registro administrativo especial de corredores de seguros, de sociedades de correduría de seguros y de sus altos cargos, conforme a lo dispuesto en la Ley 9/1992, de 30 de Abril, de Mediación en Seguros Privados y en el Real Decreto 2486/1998, por el que se aprueba el Reglamento de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados.

Segundo: Que reúne los requisitos exigidos en el artículo 15 y concordantes de la Ley 9/1992 para obtener la autorización administrativa para ejercer la actividad de correduría de seguros y que posteriormente, dentro del plazo legal de duración del procedimiento, aportará la documentación acreditativa del cumplimiento de dichos requisitos a la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones.

En _____, a _____ de _____ de 200

SOLICITUD DE VALORACION DE INMUEBLES Y DERECHOS INMOBILIARIOSD./D^a.

Con D.N.I.

en nombre y representación de la entidad

autorizada por la Dirección General de Seguros y Fondos de

Pensiones e inscrita en el registro administrativo de entidades aseguradoras con clave

y domicilio

localidad

código postal

teléfono

e-mail

EXPONE:

Que el bien o derecho, a continuación señalado, reúne los requisitos exigidos en el artículo 50 del Reglamento de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados, aprobado por Real Decreto 2486/1998, de 20 de noviembre:

1) Tipo activo

- Inmueble
 D^o. real inmobiliario
 Préstamo hipotecario
 Acciones/participaciones
 Otros

Finalidad

- Cobertura provisiones técnicas
 Margen de solvencia

2) Situación:

C.P.
Localidad
Calle nº, piso/local/parking

Identificación Registral

Titular
Nº. Finca
Registro, Tomo, Libro y Folio
Cargas

3) Se aportará posteriormente la documentación acreditativa del cumplimiento de los requisitos citados anteriormente, así como los documentos exigidos en el artículo 80.1 de la Orden ECO/805/2003, de 27 de marzo, sobre normas de valoración de bienes inmuebles y de determinados derechos para ciertas finalidades financieras.

SOLICITA : (señálese el que proceda)

La tasación del bien o derecho por los Servicios técnicos de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones

~~La afección provisional del bien o derecho con arreglo a lo dispuesto en el artículo 50.10 del citado Reglamento.~~

a

de

de 200

CERTIFICADO SOBRE DATOS DE LOS REGISTROS ADMINISTRATIVOSD/D^a

con N.I.F. en nombre y representación de

con domicilio en n° piso letra

localidad provincia

cod.post. tfno. fax e-mail

Solicita: Certificación de los datos inscritos en los Registros administrativos previstos en el artículo 74 del texto refundido de la Ley de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados, aprobado por Real Decreto Legislativo 6/2004, de 29 de octubre, y en el artículo 11.5 del texto refundido de la Ley de Regulación de los Planes y Fondos de Pensiones, aprobado por Real Decreto Legislativo 1/2002, de 29 de noviembre, relativos a / en relación a:

En , a de de 200

CERTIFICADO DE SOLVENCIA A EFECTOS DE CONCURSOS

Modelo de certificación de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones requerida para

concurrir en el concurso.....

cuyas bases se encuentran publicadas en.....

D/Dña

con N.I.F

en nombre y representación de

autorizada por la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones e inscrita en el Registro

administrativo correspondiente con clave

solicita la expedición de certificación para

concurrir en el concurso indicado ,acreditativa de:

Texto libre

En

, a

de

de 200

REPRESENTANTE DE AUTOMÓVILES

D. [] con
 DNI [] en su calidad de [], de la
 entidad [] con
 clave administrativa [], comunica a la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones la designación del representante previsto en el artículo 5.2 g) y 87.1 g) del texto refundido de la Ley de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados, aprobado por Real Decreto Legislativo 6/2004, de 29 de octubre, encargado de la tramitación y liquidación de los siniestros en el ramo de responsabilidad civil de vehículos terrestres automóviles, excluida la responsabilidad civil del transportista, en los siguientes estados del Espacio Económico Europeo:

ESTADO	REPRESENTANTE *

* (Haciendo constar: Denominación, persona de contacto, dirección, teléfono, fax y dirección de correo electrónico.)

De acuerdo con lo previsto en el artículo 5 del Reglamento de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados, aprobado por Real Decreto 2486/1998, de 20 de noviembre, cualquier modificación de los datos comunicados habrá de notificarse a este Centro Directivo.

En [], a [] de [] de []

COMUNICACIÓN DEL DEFENSOR DEL CLIENTE DESIGNADO

D. [] con D.N.I []
en su calidad de []
de la Entidad []
con clave administrativa []

Comunica a la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones a efectos de lo dispuesto en el artículo 5.3 de la Orden ECO/734/2004, de 11 de marzo, sobre los departamentos y servicios de atención al cliente y el defensor del cliente de las entidades financieras, que designa como Defensor del Cliente a:

D/Entidad []

Dirección [] Aptdo. Correos []

Teléfono [] Fax [] Web []

E-mail []

Asimismo comunica que:

- Las personas o entidades que pueden dirigirse al Defensor son:

.....
.....

- Los asuntos respecto a los cuales pueden presentar reclamaciones son:

.....
.....

- Las normas del procedimiento de Resolución de reclamaciones y los plazos son:

.....
.....

**COMUNICACIÓN DE ACUERDOS SOBRE ALTOS CARGOS DE ENTIDADES
ASEGURADORAS Y REASEGURADORAS**

D. con
DNI en su calidad de
de la entidad
con clave administrativa , comunica a la Dirección General de Seguros y
Fondos de Pensiones la adopción por (órgano social)
 con fecha

del siguiente acuerdo sobre sus altos cargos:

(Habrá de especificarse el contenido del acuerdo y el nombre o denominación, DNI o NIF de las personas físicas o jurídicas a las que afecte. Si se trata del representante fiscal o del seguro de automóviles regulados en el artículo 86 del texto refundido de la Ley de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados, aprobado por Real Decreto Legislativo 6/2004, de 29 de octubre, habrá de comunicarse también el domicilio, teléfono, fax y dirección de correo electrónico).

Esta comunicación se presenta a efectos de lo dispuesto en el artículo 5 del Reglamento de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados, aprobado por Real Decreto 2486/1998, de 20 de Noviembre, y de la correspondiente inscripción en el registro administrativo de altos cargos de entidades aseguradoras y reaseguradoras, regulado en el artículo 123 del citado Reglamento, y habrá de completarse en la presentación ante este Centro Directivo de la siguiente documentación:

- 1) En el plazo de un mes, a contar desde su otorgamiento, se remitirá copia autorizada de la escritura de elevación a públicos de los citados acuerdos, acreditándose su presentación en el Registro Mercantil. Una vez inscrita en el mismo, se justificará dicha inscripción en el plazo de UN MES, de acuerdo con lo establecido en los citados artículos 5 y 123.3 del Reglamento.
- 2) En su caso, el cuestionario previsto en el artículo de 1 de la Orden Ministerial de 23 de diciembre de 1998 (BOE nº 313 de 31 de diciembre de 1998) y que se contiene en el Anexo 2 a la citada Orden, a efectos de acreditar el cumplimiento de los requisitos de honorabilidad, cualificación y experiencia profesional de quienes bajo cualquier título lleven la dirección efectiva de la entidad aseguradora.
- 3) Aceptación del nombramiento y poderes del apoderado general de las sucursales, representantes fiscales y del seguro de automóviles.

(marcar uno o varios de los apartados según los casos)

El plazo máximo normativamente establecido para resolver y notificar la resolución, en el procedimiento administrativo iniciado con la presente comunicación es de TRES MESES, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 42.3 de la Ley 30/1992, en la redacción dada por la Ley 4/1999, plazo que se computará desde la fecha en que haya sido aportada la documentación exigida reglamentariamente y que se detalla en los apartados precedentes.

El vencimiento del plazo máximo sin haberse notificado resolución expresa, le legitima para entenderla estimada, según dispone el artículo 43 de la ley 30/1992, en su redacción dada por la Ley 4/1999.

Para obtener información sobre el estado de tramitación del procedimiento se podrá dirigir al Servicio de Régimen Legal de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, sito en el Paseo de la Castellana nº 44. planta primera en Madrid (C.P. 28046). Asimismo se podrá solicitar información llamando al teléfono 91 3397034 y a través de la siguiente dirección de correo electrónico rlegal@minhac.es

En , a de de

COMUNICACIÓN DE ACUERDOS SOBRE MODIFICACIONES ESTATUTARIAS DE ENTIDADES ASEGURADORAS Y REASEGURADORAS

D.
con DNI en su calidad de
de la entidad
con clave administrativa comunica a la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones la adopción por el órgano social con
fecha del siguiente acuerdo sobre (*Tipo de acuerdo: Cambio de domicilio social, de denominación social, de aumento o reducción de capital social o fondo mutual, otras modificaciones estatutarias*) :

(Habrá de transcribirse el contenido íntegro del acuerdo. Cuando se trate de un cambio de domicilio, además de la dirección se hará constar el teléfono, fax y dirección de correo electrónico, si estos hubiesen variado).

Esta comunicación se presenta a efectos de lo dispuesto en el artículo 5 del Reglamento de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados, aprobado por Real Decreto 2486/1998, de 20 de noviembre, y de la correspondiente inscripción en el registro administrativo de entidades aseguradoras y reaseguradoras, regulado en el artículo 122 del citado Reglamento, y habrá de completarse con la presentación ante este Centro Directivo de la siguiente documentación:

- (1) En el plazo de un mes, a contar desde su otorgamiento, se remitirá copia autorizada de la escritura de elevación a públicos de los citados acuerdos, acreditándose su presentación en el Registro Mercantil. Una vez inscrita en el mismo, se justificará dicha inscripción en el plazo de UN MES, de acuerdo con lo establecido en los citados artículos 5 y 122.3 del Reglamento.

- (2) En su caso, la documentación prevista en el artículo 27.2 del citado Reglamento.

(marcar uno o los dos apartados según los casos)

El plazo normativamente establecido para la resolver y notificar la resolución, en el procedimiento administrativo iniciado con la presente comunicación es de TRES MESES, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 42.3 de la Ley 30/1992, en la redacción dada por la Ley 4/1999, plazo que se computará desde la fecha en que haya sido aportada la documentación exigida reglamentariamente y que se detalla en los apartados precedentes.

El vencimiento del plazo máximo sin haberse notificado resolución expresa, le legitima para entenderla estimada, según dispone el artículo 43 de la Ley 30/1992, en su redacción dada por la Ley 4/1999.

Para obtener información sobre el estado de tramitación del procedimiento se podrá dirigir al Servicio de Régimen Legal de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, sito en el Paseo de la Castellana nº 44, planta primera en Madrid (C.P. 28046). Asimismo se podrá solicitar información llamando al teléfono 91 3397034 y a través de la siguiente dirección de correo electrónico rlegal@minhac.es

En , a de de

**COMUNICACIÓN DE ADQUISICIÓN O MODIFICACIÓN DE PARTICIPACIONES
SIGNIFICATIVAS EN EL CAPITAL SOCIAL DE LAS ENTIDADES ASEGURADORAS**

D.
con DNI en su calidad de
 presenta la siguiente comunicación a la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, en virtud de lo dispuesto en el artículo 22 del texto refundido de la Ley de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados, aprobado por Real Decreto Legislativo 6/2004, de 29 de octubre:

1. ENTIDAD ASEGURADORA A LA QUE SE REFIERE LA COMUNICACIÓN
(Denominación)
(Clave Administrativa)
2. DATOS DE LA PERSONA FÍSICA O JURÍDICA QUE ADQUIERE O REDUCE LA PARTICIPACIÓN
3. CUANTÍA DEL INCREMENTO O DISMINUCIÓN DE LA PARTICIPACIÓN EN EL CAPITAL SOCIAL
4. TÉRMINOS Y CONDICIONES DE LA OPERACIÓN
5. PLAZO MÁXIMO EN QUE SE PRETENDA REALIZAR LA OPERACIÓN

Esta comunicación se presenta a efectos de lo dispuesto en los artículos 5 y 22 del texto refundido de la Ley de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados, aprobado por Real Decreto Legislativo 6/2004, de 29 de octubre, así como de la correspondiente inscripción en el registro administrativo de entidades aseguradoras y reaseguradoras, regulado en el artículo 122 del Reglamento de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados, aprobado por Real Decreto 2486/1998, de 20 de noviembre, y habrá de completarse con la presentación ante este Centro Directivo, en el caso de que proceda, de la siguiente documentación:

- El cuestionario previsto en el artículo 1 de la Orden Ministerial de 23 de diciembre de 1998 (BOE nº 313 de 31 de diciembre de 1998) y que se contienen en el Anexo 1 a la citada Orden, a efectos de acreditar el cumplimiento de los requisitos de idoneidad del socio.*

(Marcar si procede)

El plazo normativamente establecido para que este Centro se oponga a la adquisición de una participación significativa o al incremento de la misma, en los términos previstos en el citado artículo 21.2 del texto refundido de la Ley de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados, es de TRES MESES.

Si en ese plazo, que se computará desde la fecha en que haya sido aportada la documentación exigida reglamentariamente y que se detalla en los apartados precedentes, la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones no se pronunciara, podrá procederse a la adquisición o incremento de la participación.

Si dicha Dirección General expresa su conformidad a la adquisición o incremento de la participación significativa, podrá fijar un plazo máximo distinto al comunicado para efectuar la adquisición.

Para obtener información sobre el estado de tramitación del procedimiento se podrá dirigir al Servicio de Régimen Legal de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, sito en el Paseo de la Castellana nº 44, planta primera en Madrid (C.P. 28046). Asimismo se podrá solicitar información llamando al teléfono 91 3397034 y a través de la siguiente dirección de correo electrónico rlegal@minhac.es

En , a de de

**COMUNICACIÓN DE LA RENUNCIA A LA AUTORIZACIÓN ADMINISTRATIVA
CONCEDIDA EN EL RAMO**

D.

[]

con DNI [] en su calidad de [] de [] de la entidad [] con clave administrativa [], comunica a la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones la adopción por el órgano social [] con fecha [] del acuerdo de renunciar a la autorización administrativa concedida, en el ramo (*número y nombre del ramo según artículo 6 del texto refundido de la Ley de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados, aprobado por Real Decreto Legislativo 6/2004, de 29 de octubre*).

[]

[]

De acuerdo con lo previsto en el artículo 26.1.a) del citado texto refundido, dicha renuncia es causa de revocación de la autorización administrativa concedida, revocación que habrá de acordarse por el Ministro de Economía y Hacienda.

Esta comunicación se presenta a efectos de iniciar la tramitación del correspondiente procedimiento de revocación, y su inscripción en el registro administrativo de entidades aseguradoras y reaseguradoras, regulado en el artículo 122 del Reglamento de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados, aprobado por Real Decreto 2486/1998, de 20 de noviembre, y habrá de completarse con la presentación ante este Centro Directivo de la siguiente documentación:

- (1) Certificación íntegra del acuerdo del órgano social competente.
- (2) Información relativa a los contratos de seguro en vigor en el ramo en el que se solicita la revocación y vencimiento de los mismos, así como información sobre las obligaciones pendientes de liquidación en dicho ramo.

El plazo normativamente establecido para la resolver y notificar la resolución, en el procedimiento administrativo iniciado con la presente comunicación es de TRES MESES, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 42.3 de la Ley 30/1992, en la redacción dada por la Ley 4/1999, plazo que se computará desde la fecha en que haya sido aportada la documentación que se detalla en los apartados precedentes.

El vencimiento del plazo máximo sin haberse notificado resolución expresa, le legitima para entenderla estimada, según dispone el artículo 43 de la Ley 30/1992, en su redacción dada por la Ley 4/1999.

Para obtener información sobre el estado de tramitación del procedimiento se podrá dirigir al Servicio de Régimen Legal de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, sito en el Paseo de la Castellana nº 44, planta primera en Madrid (C.P. 28046). Asimismo se podrá solicitar información llamando al teléfono 91 3397034 y a través de la siguiente dirección de correo electrónico rlegal@minhac.es

En [], a [] de [] de []

COMUNICACIÓN DE MODIFICACIONES EN LA COMPOSICION, ENTIDADES Y PARTICIPACIONES EN UN GRUPO CONSOLIDABLE DE ENTIDADES ASEGURADORAS

D.

con DNI en su calidad de de la entidad comoentidad obligada del grupo consolidable conclave , comunica a la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones las siguientes modificaciones:

1. Modificación de los altos cargos de la entidad obligada no aseguradora.

(Facilitar nombre o denominación de las personas físicas o jurídicas a las que afecta la modificación, DNI o NIF de las mismas y fecha del acuerdo.)

2. Modificación de la estructura del grupo por cambio de las entidades que lo integran o de los porcentajes de participación de dichas entidades.

(Se acompañará el organigrama del grupo, resultante de la modificación, como archivo adjunto)

Esta comunicación se presenta a efectos de la correspondiente inscripción en el registro administrativo de entidades aseguradoras y reaseguradoras, regulado en el artículo 122.2 del Reglamento de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados, aprobado por Real Decreto 2486/1999, de 20 de noviembre.

El plazo normativamente establecido para resolver y notificar la resolución, en el procedimiento administrativo iniciado con la presente comunicación es de TRES MESES, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 42.3 de la Ley 30/1992, en la redacción dada por la Ley 4/1999, plazo que se computará desde la fecha en que hayan sido aportados los datos que se detallan en los apartados precedentes.

El vencimiento del plazo máximo sin haberse notificado resolución expresa, le legitima para entenderla estimada, según dispone el artículo 43 de la ley 30/1992, en su redacción dada por la Ley 4/1999.

Para obtener información sobre el estado de tramitación del procedimiento se podrá dirigir al Servicio de Régimen Legal de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, sito en el Paseo de la Castellana nº 44. planta primera en Madrid (C. P. 28046). Asimismo se podrá solicitar información llamando al teléfono 91 3397034 y a través de la siguiente dirección de correo electrónico rlegal@minhac.es

En , a de de

COMUNICACIÓN INICIAL DE LAS ORGANIZACIONES CREADAS PARA LA DISTRIBUCIÓN DE LA COBERTURA DE RIESGOS O PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMUNES ENTRE ENTIDADES ASEGURADORAS Y DE LAS AGRUPACIONES DE ENTIDADES ASEGURADORAS

D. con DNI
 en su calidad de de la/s
entidad/entidades con clave
, comunica a la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones la creación de la siguiente organización o agrupación con/sin personalidad jurídica:

- 1. Organización para la distribución de la cobertura de riesgos entre entidades aseguradoras.
- 2. Organización para la prestación de servicios comunes relacionados con la actividad de entidades aseguradoras.
- 3. Agrupación de interés económicos.
- 4. Unión temporal de empresas.

(Marcar una de las opciones. Habrá de informarse de la denominación, objeto y domicilio social, así como del teléfono, fax y dirección de correo electrónico y de las entidades aseguradoras que la integran)

Esta comunicación se presenta a efectos de lo dispuesto en el artículo 5.9 del texto refundido de la Ley de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados, aprobado por Real Decreto Legislativo 6/2004, de 29 de octubre y 8 de su Reglamento aprobado por Real Decreto 2486/1998, de 20 de noviembre, así como de la correspondiente inscripción en el registro administrativo regulado en los artículos 122 y 125 del citado Reglamento, y se presenta con antelación de un mes al inicio de la actividad de la organización o agrupación.

De conformidad con lo previsto en los citados artículos del texto reglamentario, habrá de completarse con la presentación ante este Centro Directivo de la siguiente documentación:

- (1) Copia autorizada de la escritura de constitución debidamente inscrita en el registro Mercantil.
- (2) Estatutos de la organización o agrupación.
- (3) Relación de las personas a las que se confiere la administración o dirección, con los datos previstos en el artículo 123.2 del Reglamento.
- (4) Información relativa a las entidades aseguradoras que la componen.
- (5) Memoria detallada de las actividades que hayan de realizar.

El plazo normativamente establecido para resolver sobre la solicitud de inscripción en el procedimiento administrativo iniciado con la presente comunicación es de TRES MESES, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 42.3 de la Ley 30/1992, en la redacción dada por la Ley 4/1999, plazo que se computará desde la fecha en que haya sido aportada la documentación exigida reglamentariamente y que se detalla en los apartados precedentes.

El vencimiento del plazo máximo sin haberse notificado resolución expresa, le legitima para entenderla estimada, según dispone el artículo 43 d la ley 30/1992, en su redacción dada por la Ley 4/1999.

Para obtener información sobre el estado de tramitación del procedimiento se podrá dirigir al Servicio de Régimen Legal de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, sito en el Paseo de la Castellana nº 44. planta primera en Madrid (C.P. 28046). Asimismo se podrá solicitar información llamando al teléfono 91 3397034 y a través de la siguiente dirección de correo electrónico rlegal@minhac.es

En , a de de

SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN Y MODIFICACIÓN DE DATOS REGISTRALES DEL REGISTRO ESPECIAL DE FONDOS Y PLANES DE PENSIONES. AUTORIZACIONES, MODIFICACIONES, DISOLUCIÓN LIQUIDACIÓN O BAJA REGISTRAL Y COMUNICACIONES DE DATOS.

GESTORAS

DATOS DEL SOLICITANTE:

D [] , CON N.I.F. []
Y DOMICILIO [] , LOCALIDAD []
PROVINCIA [] , CÓDIGO POSTAL []
TELÉFONO [] , FAX [] , E-MAIL []
EN REPRESENTACIÓN DE [] Y ADJUNTANDO EL
PODER []

TRÁMITE QUE DESEA REALIZAR:
SOLICITUD DE:

(Anexar documentación, escrituras, acuerdos y certificaciones procedentes)

DATOS DE LAS ENTIDADES SOBRE LAS QUE REALIZAR ALGÚN TRÁMITE.

CLAVE FONDOS [] Y CLAVE SEGUROS []
CÓDIGO [] , POBLACIÓN []
PROVINCIA [] , TELÉFONO []
FAX [] , E-MAIL []
FONDOS-DEPOSITARIA []

**SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN Y MODIFICACIÓN DE DATOS REGISTRALES DEL
REGISTRO ESPECIAL DE FONDOS Y PLANES DE PENSIONES. AUTORIZACIONES,
MODIFICACIONES, DISOLUCIÓN LIQUIDACIÓN O BAJA REGISTRAL Y
COMUNICACIONES DE DATOS.**

DEPOSITARIAS

DATOS DEL SOLICITANTE:

D [] , CON N.I.F. []
Y DOMICILIO [] , LOCALIDAD []
PROVINCIA [] , CÓDIGO POSTAL []
TELÉFONO [] , FAX [] , E-MAIL []
EN REPRESENTACIÓN DE [] Y ADJUNTANDO EL
PODER []

TRÁMITE QUE DESEA REALIZAR:
SOLICITUD DE

(Anexar documentación, escrituras, acuerdos y certificaciones procedentes)

DATOS DE LAS ENTIDADES SOBRE LAS QUE REALIZAR ALGÚN TRÁMITE

CLAVE [] , N.I.F [] , CÓDIGO BANCOESPAÑA []
DENOMINACIÓN []
DOMICILIO [] , CÓDIGO POSTAL [] POBLACIÓN []
[] , PROVINCIA []
TELÉFONO [] , FAX [] , E-MAIL [] FONDOS-
GESTORA-PLAN []

SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN Y MODIFICACIÓN DE DATOS REGISTRALES DEL REGISTRO ESPECIAL DE FONDOS Y PLANES DE PENSIONES. AUTORIZACIONES, MODIFICACIONES, DISOLUCIÓN LIQUIDACIÓN O BAJA REGISTRAL Y COMUNICACIONES DE DATOS.

FONDOS

DATOS DEL SOLICITANTE

D , CON N.I.F.
 Y DOMICILIO , LOCALIDAD
 PROVINCIA , CÓDIGO POSTAL
 TELÉFONO , FAX , E-MAIL
 EN REPRESENTACIÓN DE Y ADJUNTANDO EL
 PODER

TRÁMITE QUE DESEA REALIZAR:
 SOLICITUD DE

(Anexar documentación, escrituras, acuerdos y certificaciones procedentes)

DATOS DE LAS ENTIDADES SOBRE LAS QUE REALIZAR ALGÚN TRÁMITE.

CLAVE , DENOMINACIÓN , N.I.F.
 , DOMICILIO , CÓDIGO POSTAL
 , POBLACIÓN , PROVINCIA
 , TELÉFONO , FAX
 , E-MAIL
 GESTORA-DEPOSITARIA-PLAN-PROMOTOR

SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN Y MODIFICACIÓN DE DATOS REGISTRALES DEL REGISTRO ESPECIAL DE FONDOS Y PLANES DE PENSIONES. AUTORIZACIONES, MODIFICACIONES, DISOLUCIÓN LIQUIDACIÓN O BAJA REGISTRAL Y COMUNICACIONES DE DATOS.

PLANES

DATOS DEL SOLICITANTE:

D , CON N.I.F.
Y DOMICILIO , LOCALIDAD
PROVINCIA , CÓDIGO POSTAL
TELÉFONO , FAX , E-MAIL
EN REPRESENTACIÓN DE Y ADJUNTANDO EL
PODER

TRÁMITE QUE DESEA REALIZAR:
SOLICITUD DE

(Anexar documentación, escrituras, acuerdos y certificaciones procedentes)

DATOS DE LAS ENTIDADES SOBRE LAS QUE REALIZAR ALGÚN TRÁMITE.

CLAVE , DENOMINACIÓN ,
GESTORA , FONDOS , DEPOSTARIA ,
PROMOTOR

SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN Y MODIFICACIÓN DE DATOS REGISTRALES DEL REGISTRO ESPECIAL DE FONDOS Y PLANES DE PENSIONES. AUTORIZACIONES, MODIFICACIONES, DISOLUCIÓN LIQUIDACIÓN O BAJA REGISTRAL Y COMUNICACIONES DE DATOS.

PROMOTOR

DATOS DEL SOLICITANTE

D ,CON N.I.F.

Y DOMICILIO , LOCALIDAD

PROVINCIA , CÓDIGO POSTAL

TELÉFONO , FAX , E-MAIL

EN REPRESENTACIÓN DE Y ADJUNTANDO EL
PODER

TRÁMITE QUE DESEA REALIZAR.
SOLICITUD DE

Anexar documentación, escrituras, acuerdos y certificaciones procedentes)

DATOS DE LAS ENTIDADES SOBRE LAS QUE REALIZAR ALGÚN TRÁMITE

PLAN-FONDO

SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN Y MODIFICACIÓN DE DATOS REGISTRALES DEL REGISTRO ESPECIAL DE FONDOS Y PLANES DE PENSIONES. AUTORIZACIONES, MODIFICACIONES, DISOLUCIÓN LIQUIDACIÓN O BAJA REGISTRAL Y COMUNICACIONES DE DATOS.

DEFENSOR DEL PARTÍCIPE

DATOS DEL SOLICITANTE

D [] , CON N.I.F. []
Y DOMICILIO [] , LOCALIDAD []
PROVINCIA [] , CÓDIGO POSTAL []
TELÉFONO [] , FAX [] , E-MAIL []
EN REPRESENTACIÓN DE [] Y ADJUNTANDO EL
PODER []

TRÁMITE QUE DESEA REALIZAR:
SOLICITUD DE

(Anexar documentación, escrituras, acuerdos y certificaciones procedentes)

DATOS DE LAS ENTIDADES SOBRE LAS QUE REALIZAR ALGÚN TRÁMITE.

D.N.I./N.I.F. [] , DENOMINACIÓN [] ,
DOMICILIO [] , CLAVE [] ,
PLAN DEL QUE ES DEFENSOR []

REVISIONES ACTUARIALES DE LOS PLANES DE PENSIONES

D/Dña. ,
 en representación de ,
 E.G.F.P., inscrita con el nº , y como entidad gestora de

, FONDO DE PENSIONES, inscrito en el Registro de Fondos de Pensiones con el número , por resolución de esta Dirección General, debidamente facultado, comunica:

En cumplimiento del artículo 9.5 del texto refundido de la Ley de Regulación de Planes y Fondos de Pensiones y del artículo 23 del Reglamento de Planes y Fondos de Pensiones, aprobado por Real Decreto 304/2004, de 20 de febrero, se ha elaborado el dictamen de revisión actuarial del

PLAN DE PENSIONES

en fecha de de , referente al ejercicio cerrado a 31/12/01. Se adjunta como anexo copia del mencionado dictamen.

Firmado.

Denominación del Plan de Pensiones:

Clave del Plan :

Denominación del Fondo :

Clave del Fondo :

Modalidad :

Empleo Asociado Individual Ap. Definida Pr. Definida Mixto

Actuario o Sociedad de Actuarios :

Ejercicio revisado :

Ejercicio última revisión actuarial:

Aseguramiento : SI Total Parcial NO



MINISTERIO
DE ECONOMÍA
Y HACIENDA

VICEPRESIDENCIA SEGUNDA DEL GOBIERNO

lunes, 08 de noviembre de 2004

Registro de Licitadores

Solicitud de Certificaciones

≡ NIF del Representante	
≡ CIF	
≡ Razón Social	
≡ Correo electrónico	<input type="text"/>
≡ Formato de la Certificación	Formato digital ▾

Los datos anteriores corresponden a las características de la certificación a solicitar. Seleccione el "Formato de la Certificación" a solicitar. Si elige "Formato digital" podrá descargarse la certificación cuando esté en estado "Finalizado" desde esta misma web. Si elige "En Papel" podrá recoger la certificación personalmente cuando esté en estado "Finalizado" en el Ministerio de Hacienda. Si desea recibir notificación cuando la certificación esté finalizada, introduzca una dirección en "Correo electrónico". Cuando haya introducido todas las características pulse el botón "Solicitar Certificación" para realizar su solicitud. Puede hacer un seguimiento del estado de la Certificación desde esta página o en la página "Estado de las Certificaciones solicitadas".

Solicitar Certificación

▲ Certificaciones solicitadas

A continuación se muestra la relación de las solicitudes de Certificación que ha realizado. Puede ver el estado de las solicitudes: "Pendiente", "Aceptada", "Rechazada" o "Finalizada". Cuando una certificación esté finalizada podrá ver la Clave que se le ha asignado, y si tiene formato digital, podrá descargársela desde el link "Descarga Certificación".

Formato de Certificación	Fecha de la Solicitud	Estado de la Solicitud	Clave de la Certificación	Descarga Certificación	Nº de solicitud
No se ha solicitado ninguna Certificación.					



MINISTERIO DE ECONOMÍA Y HACIENDA

VICEPRESIDENCIA SEGUNDA DEL GOBIERNO

jueves, 11 de noviembre de 2004

Registro de Licitadores



NIF:

Solicitud de inscripción en el Registro de Licitadores

Personalidad Jurídica

Introduzca los datos completos del nuevo Licitador

Razón Social:

CIF:

Domicilio Social:

Dirección:

Localidad:

Provincia:

Alava

CP:

Copiar

Domicilio Fiscal:

Dirección:

Localidad:

Provincia:

Alava

CP:

Cancelar

Enviar Datos

MINISTERIO
DE ECONOMÍA
Y HACIENDAVicepresidencia Segunda del Gobierno - Subsecretaría
Inspección Generaladministración
electrónica

Nombre: JUAN ESPAÑOL ESPAÑOL

NIF: 99999999E

Normativa Legal

PRESENTACIÓN TELEMÁTICA DE SUGERENCIAS CON FIRMA DIGITAL

Unidad Administrativa a la que dirige la Sugerencia

Sin Unidad Asignada

Domicilio de la Unidad Administrativa

Resumen de los Hechos, Razones y Peticiones de la Sugerencia

Domicilio del interesado

Localidad

Provincia

C.P.

Correo Electrónico

Anexar Fichero(s)

Documentación que se acompaña:

Borrar Datos

Volver al Menú

Firmar y Enviar

MINISTERIO
DE ECONOMÍA
Y HACIENDAVicepresidencia Segunda del Gobierno - Subsecretaría
Inspección Generaladministración
electrónica

Nombre: JUAN ESPAÑOL ESPAÑOL

NIF: 99999999E

Normativa Legal

PRESENTACIÓN TELEMÁTICA DE QUEJAS CON FIRMA DIGITAL

Unidad Administrativa a la que dirige la Queja

Domicilio de la Unidad Administrativa

Resumen de los Hechos, Razones y Peticiones de la Queja

Domicilio del interesado

Localidad

Provincia

C.P.

Correo Electrónico

Documentación que se acompaña: