

OPCIÓN ENTRE PRESTACIONES

ATENCIÓN. Rellene el impreso de la forma más completa y exacta posible.
ESCRIBA CON CLARIDAD Y EN LETRAS MAYÚSCULAS.

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

DATOS PERSONALES

Primer apellido		Segundo apellido		Nombre			
DNI/NIE/Pasaporte	Número de Seguridad Social		Teléfono móvil		Correo electrónico		
Domicilio habitual (calle o plaza)			Número	Bloque	Escalera	Piso	Puerta
Código postal	Localidad		Provincia			País	

DATOS DE LA PRESTACIÓN SOLICITADA

.....
.....
.....

DATOS DE LA PRESTACIÓN QUE COBRA

.....
.....
.....

MANIFIESTA que si la prestación que me concede este Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS) es incompatible con la que vengo cobrando, **opto por la de mayor cuantía anual.**

Así mismo expongo que me reservo el derecho a modificar esta opción.

DECLARO, bajo mi responsabilidad, que son ciertos los datos que consigno en la presente solicitud.

AUTORIZO, la consulta de mis datos de identificación personal a través del Servicio de Verificación de Datos de Identidad.

SOLICITO, mediante la firma del presente impreso, que se dé curso a mi petición, adoptando para ello todas las medidas necesarias para su mejor resolución.

En....., a..... de..... de 20

Firma del interesado,

Sr/a. Director/a Provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social de.....

NOTA: Esta solicitud/comunicación va a ser tratada por medios informáticos. Los datos personales que figuran en este formulario serán incorporados y tratados en un fichero informático bajo custodia de la Dirección General/Dirección Provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS). En cualquier momento puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición sobre los datos incorporados en dicho fichero ante la Dirección Provincial del INSS o ante un Centro de Atención e Información del INSS (art. 5 de la Ley 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de carácter personal. BOE del día 14)

NO OLVIDE PEDIR COPIA O EXTRACTO DE ESTE FORMULARIO UNA VEZ PRESENTADO