

# PRESTACIONES DE INCAPACIDAD

## INSTRUCCIONES PARA CUMPLIMENTAR ESTE FORMULARIO

- 1.- DATOS PERSONALES.-** Si la petición no se formula en nombre propio sino a través de otra persona, rellene también el apartado de los datos del representante legal.

Si el interesado está acogido en algún Centro oficial o privado que actúa como guardador, indique el establecimiento y especifique en calidad de qué actúa usted en su nombre (director, secretario, administrador, etc.).

Los datos sobre separación y divorcio son información operante a efectos fiscales (cálculo del porcentaje de retención de IRPF de la prestación) excepto en los Territorios Forales.

- 2.- DATOS PROFESIONALES.-** Sea lo más conciso posible al poner esta información.
- 3.- DATOS SOBRE PARTOS, COMPLEMENTO POR MATERNIDAD Y CUIDADO DE HIJOS Y MENORES ACOGIDOS.-** Se entiende por parto, según el Código Civil, el nacimiento con vida con independencia del tiempo que sobreviva fuera del seno materno. Todos los partos y los abortos de más de seis meses de gestación pueden dar derecho a computar días de cotización aunque no se estuviese en situación de activo. Todos ellos deben figurar inscritos en el Registro Civil para producir efectos.

**3.1 RECONOCIMIENTO DE DÍAS COTIZADOS POR PARTO Y COMPLEMENTO POR MATERNIDAD:** Exclusivamente cuando la solicitante sea mujer, se podrán computar como periodo cotizado 112 días por cada parto y aborto de más de 6 meses y para pensiones causadas a partir de 1/1/2016 se podrá reconocer un complemento sobre la pensión a las mujeres que hayan tenido hijos naturales o adoptados cuyo nacimiento o adopción se hubieran producido con anterioridad a la fecha del hecho causante. Los nacimientos que se hayan producido en el territorio de un Estado miembro de la UE, del EEE o en Suiza se asimilarán a los producidos en España, por lo que no se tendrán en cuenta los nacimientos en otros países, salvo que se hubieran producido durante la estancia temporal de la interesada si esta era, en dicha fecha, residente habitual en España, EU, EEE o Suiza.

**3.2 BENEFICIOS POR CUIDADO DE HIJOS O MENORES:** Se podrá computar como periodo cotizado, a todos los efectos excepto para alcanzar el periodo mínimo de cotización, un determinado número de días por el periodo comprendido entre la interrupción de la cotización por extinción de la relación laboral o fin del desempleo entre los 9 meses antes del nacimiento (o los 3 meses antes de la resolución judicial de adopción o la decisión administrativa o judicial de acogimiento) y la finalización del sexto año posterior al nacimiento, adopción o acogimiento. Sólo se reconocerá a un progenitor, por lo que en caso de controversia se otorgará el derecho a la madre.

- 4.- DATOS SOBRE SU FUTURA PRESTACIÓN.**

**4.1. DATOS PARA EL RECONOCIMIENTO DE UN POSIBLE COMPLEMENTO A MÍNIMOS:** Reseñe los ingresos que usted o su cónyuge previsiblemente vayan a obtener en el año en curso y que se correspondan con los conceptos que se indican en las casillas. Esta información es necesaria para calcular un posible complemento a mínimos de su prestación. Si piensa trabajar una vez que tenga concedida la prestación, debe decirnos dónde porque ambas situaciones pueden ser incompatibles.

Cumplimente el apartado "Período elegido para el cálculo de la prestación" únicamente si la incapacidad es debida a un accidente no laboral y en el momento en el que aquél se produjo se encontraba usted en la Seguridad Social en situación de alta o asimilada al alta. Indique el período de 24 meses ininterrumpidos dentro de los 7 últimos años que considere más beneficioso para el cálculo. Si lo desconoce o lo deja en blanco por otra causa tomaremos el que, a nuestro juicio, resulte más favorable para usted.

**4.2. DATOS FISCALES:** son necesarios a estos efectos los ingresos del cónyuge, los datos de ascendientes y descendientes y el resto de cuestiones referidas al futuro titular. Los datos referentes a discapacidad y tiempo de convivencia de los descendientes y ascendientes se utilizan para calcular correctamente la retención por IRPF y pueden disminuir su cuantía, excepto en los territorios forales. Asimismo, los pagos de pensión compensatoria al cónyuge o de alimentos por hijos pueden disminuir la base de cálculo a esos mismos efectos. Su declaración es voluntaria y puede optar por suministrar estos datos directamente a la administración tributaria; si los cumplimenta se entenderá que presta su consentimiento para que puedan ser tratados informáticamente con esa finalidad. Si el futuro titular de la prestación tiene establecida su residencia fiscal (más de 180 días al año) en un país extranjero, en una comunidad o ciudad autónoma o en territorio foral distinto del lugar en donde solicita su prestación, debe indicarlo ya que el tratamiento de retenciones a cuenta del IRPF puede ser diferente.

- 5.- OTROS DATOS.-** La elección de LENGUA COOFICIAL sólo surtirá efectos en las Comunidades Autónomas que la tengan reconocida.

EL DOMICILIO DE COMUNICACIONES a efectos legales sólo debe indicarse cuando desee recibirlas en otro distinto del suyo habitual, incluidas las comunicaciones oficiales en las que se le pidan actuaciones en plazos determinados.

- 6.- ALEGACIONES.-** Si quiere añadir algo que considere importante para tramitar su prestación y no vea recogido en el formulario, póngalo en este apartado de la forma más breve y concisa posible.

- 7.- COBRO DE LA PRESTACIÓN.-** Ponga especial cuidado al rellenar las casillas de la cuenta corriente para que no haya problemas cuando hagamos el ingreso.

Si reside en el extranjero y quiere recibir allí el pago, debe aportarnos todos los datos que le proporcionen en su entidad bancaria en ese país para hacerlo posible.

- 8.- TRABAJOS EN EL EXTRANJERO.-** Pida la solicitud de Reglamentos Comunitarios si ha trabajado en algún país de la Unión Europea, o Suiza, Noruega, Islandia o Liechtenstein; o de Convenios bilaterales si ha trabajado en Andorra, Argentina, Australia, Bolivia, Brasil, Cabo Verde, Canadá, Chile, Colombia, Corea del Sur, Ecuador, El Salvador, Estados Unidos, Filipinas, Japón, Marruecos, México, Paraguay, Perú, República Dominicana, Rusia, Túnez, Ucrania, Uruguay o Venezuela.



# INCAPACIDAD PERMANENTE

A INSTANCIAS DE: TRABAJADOR  ENTIDAD COLABORADORA   
INSPECCIÓN DE TRABAJO  SERVICIO PÚBLICO DE SALUD  ISM

¿Ha trabajado usted en el extranjero? SÍ  NO . Si su respuesta ha sido SÍ, antes de continuar rellenando este impreso examine la instrucción número 8 de la página de instrucciones y compruebe si debe solicitar otro diferente.

**Debe imprimir un único ejemplar y presentarlo en una Dirección Provincial o Local del ISM.**

## 1. DATOS PERSONALES

1.1 DEL FUTURO TITULAR DE LA PRESTACIÓN										
Primer apellido			Segundo apellido				Nombre			
Fecha de nacimiento	Sexo	Estado civil actual	Está incapacitado judicialmente		Nombre de:		DNI - NIE - Pasaporte			
Día	Hombre <input type="checkbox"/>	Soltero/a <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		Padre		Nº de la Seguridad Social			
.....		Casado/a <input type="checkbox"/>			.....		Nacionalidad			
Mes	Mujer <input type="checkbox"/>	Viudo/a <input type="checkbox"/>	Tiene reconocida discapacidad		Madre		Teléfono fijo			
.....		Separado/a legalmente <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		.....					
Año		Divorciado/a <input type="checkbox"/>			.....					
Domicilio habitual: (calle o plaza)					Número	Bloque	Escalera	Piso	Puerta	Teléfono móvil
Código postal	Localidad		Provincia				País			

1.2 DEL REPRESENTANTE LEGAL											
Actúa en nombre del solicitante como: Tutor <input type="checkbox"/> Tutor Institucional <input type="checkbox"/> Graduado Social <input type="checkbox"/> Gestor administrativo <input type="checkbox"/> Otros apoderados <input type="checkbox"/>											
Si actúa en nombre de una entidad pública, indique: Cargo que ostenta .....											
Nombre o razón social .....							CIF/NIF .....				
Primer apellido			Segundo apellido				Nombre				
Fecha de nacimiento	Sexo	E. civil	DNI - NIE - Pasaporte				Nacionalidad				
Domicilio habitual: (calle o plaza), (el de la Institución, en su caso)					Número	Bloque	Escalera	Piso	Puerta	Teléfono fijo	Teléfono móvil
Código postal	Localidad		Provincia				País				

## 2. DATOS DE SITUACIÓN LABORAL

1) Formación académica y profesional que posee .....	
.....	
2) En el año anterior al de la baja ha desempeñado los siguientes:	Tareas que realizaba en el mismo
Puestos de trabajo	
.....	.....
.....	.....
3) Dificultades que encuentra para realizar las tareas de su profesión habitual: .....	
.....	
¿Ha cotizado alguna vez al Régimen de Clases Pasivas del Estado? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	

**3. DATOS SOBRE PARTOS, COMPLEMENTO POR MATERNIDAD Y CUIDADO DE HIJOS Y MENORES ACOGIDOS**

<b>3.1 DATOS PARA EL RECONOCIMIENTO DE DÍAS COTIZADOS POR PARTO Y DEL COMPLEMENTO POR MATERNIDAD (sólo si la solicitante es mujer)</b>		Hijo 1	Hijo 2	Hijo 3	Hijo 4	Hijo 5	Hijo 6
Indique, en su caso, la fecha de los partos, de los abortos de más de 6 meses de gestación así como de las adopciones que se hayan producido en territorio español, de la UE, EEE o en Suiza, así como en otros países siempre que se hubieran producido durante la estancia temporal de la interesada si esta era, en dicha fecha, residente habitual en España, UE, EEE o Suiza.							
DNI/NIE							
Fecha del parto							
Fecha del aborto							
Fecha de adopción							
País de nacimiento o legalización adopción							
<b>3.2 DATOS PARA EL RECONOCIMIENTO DE BENEFICIOS POR CUIDADO DE HIJOS/ADOPTADOS O MENORES ACOGIDOS</b>		Hijo 1	Hijo 2	Hijo 3	Hijo 4	Hijo 5	Hijo 6
Identifique, en su caso, a cada hijo/adoptado o menor acogido, con independencia de que ya haya hecho referencia a ellos en el apartado anterior y del país de nacimiento, adopción o acogimiento del mismo.							
Datos del hijo o menor	Nombre						
	1er apellido						
	2º apellido						
	DNI/NIE/Pasaporte						
	Fecha de nacimiento						
	Fecha de resolución de adopción o acogimiento						
Datos del otro progenitor, adoptante o acogedor(1)	NO EXISTE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	FALLECIDO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Nombre						
	1er apellido						
	2º apellido						
	DNI/NIE/Pasaporte						
	Fecha de nacimiento						
	Sexo						
Firma del otro progenitor (2)							

(1) Si es el mismo en todos los casos cumplimente únicamente los datos del primero de los hijos o menores. Si no existe o ha fallecido marque la casilla.

(2) Firma del otro progenitor, adoptante o acogedor dando conformidad para que el beneficio por cuidado de hijos se aplique a favor del titular de esta prestación (salvo que aquel sea hombre y el titular sea mujer y salvo en caso de inexistencia o fallecimiento del mismo, acreditado documentalmente).

Apellidos y nombre:

DNI - NIE - Pasaporte

③

**4. DATOS SOBRE SU FUTURA PRESTACIÓN**Causa de la posible incapacidad: enfermedad común  enfermedad profesional  accidente de trabajo  accidente no laboral SI ESTÁ DE BAJA MÉDICA: Fecha de la baja ..... ¿Trabajaba en esa fecha?: SÍ  NO Cuando obtenga su prestación: Va a ser titular, propietario o arrendatario: NO  SÍ Va a seguir trabajando y cotizando a la Seguridad Social: NO  SÍ  de explotación agraria  de explotación marítimo pesquera   
en la Administración  por cuenta propia  por cuenta ajena  de establecimiento abierto al público **PERÍODO ELEGIDO PARA EL CÁLCULO DE LA PRESTACIÓN:** (Sólo en el caso de accidente no laboral) Desde ..... Hasta .....**4.1 DATOS DE INGRESOS**

Ingresos que previsiblemente obtendrán el solicitante (S) su cónyuge (C) durante todo el año actual, distintos de los del trabajo del que se deriva la incapacidad y de la prestación que ahora solicita. Si prevé que van a ser iguales a los del año anterior, ponga esa cantidad descontando los que obtuvo por el trabajo que origina la incapacidad. Si no tiene ingresos, ponga cero (0).

Perceptor	Rendimientos netos de trabajo o actividades profesionales o empresariales	Rendimientos brutos de capital mobiliario o netos de inmobiliario	Ganancias patrimoniales (saldo neto positivo)	Pensiones públicas de organismos extranjeros	
				Importe bruto	País
S	€	€	€	€	
C	€	€	€	€	

**4.2 DATOS DEL CÓNYUGE**

Primer apellido		Segundo apellido		Nombre	
DNI - NIE - Pasaporte	Fecha de nacimiento	Sexo	Nacionalidad	Nº de Seguridad Social	

**4.3 DATOS DE ASCENDIENTES Y DESCENDIENTES A EFECTOS FISCALES QUE CONVIVEN CON EL FUTURO TITULAR**

Debe incluir exclusivamente la información de ascendientes mayores de 65 años (o menores de dicha edad discapacitados) que conviven con usted durante al menos la mitad del año y descendientes menores de 25 años (o mayores de dicha edad discapacitados) que conviven con usted y, en ambos casos, siempre que no tengan rentas anuales superiores a 8.000 euros.

	Familiar 1	Familiar 2	Familiar 3	Familiar 4	Familiar 5	Familiar 6
Parentesco						
Fecha de nacimiento						
Discapacidad	de 33% a 64% <input type="checkbox"/> más de 64% <input type="checkbox"/>	de 33% a 64% <input type="checkbox"/> más de 64% <input type="checkbox"/>	de 33% a 64% <input type="checkbox"/> más de 64% <input type="checkbox"/>	de 33% a 64% <input type="checkbox"/> más de 64% <input type="checkbox"/>	de 33% a 64% <input type="checkbox"/> más de 64% <input type="checkbox"/>	de 33% a 64% <input type="checkbox"/> más de 64% <input type="checkbox"/>
Ayuda de 3ª persona o movilidad reducida	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
<b>Si descendiente:</b> Año adopción/acogimiento (1)						
Convive también con el otro progenitor	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
<b>Si ascendiente:</b> Nº hijos/nietos con los que convive durante el año (incluido Vd.)						

**4.4 DATOS DEL FUTURO TITULAR A EFECTOS FISCALES**

Residencia fiscal: Provincia ..... País .....	Si está en TERRITORIO FORAL, a efectos de retención por IRPF desea que se le aplique:
Si está en territorio común y desea un tipo voluntario de retención por IRPF indique cuál: ... %	
Tiene reconocida discapacidad ... de 33% a 64% <input type="checkbox"/> más de 64% <input type="checkbox"/>	Tabla general <input type="checkbox"/> Nº de hijos .....
Ayuda de 3ª persona o movilidad reducida ... SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Cuantía anual de pensión compensatoria ... €	Tabla de pensionistas <input type="checkbox"/>
Cuantía anual de alimentos a favor de los hijos: ... €	
<b>Si está pagando préstamos por adquisición o rehabilitación de su vivienda habitual desde antes del 01/01/2013 y sus rendimientos de trabajo anuales, incluida ésta y otras pensiones, son inferiores a 33.007,20 € marque este recuadro</b> ... <input type="checkbox"/>	Tipo voluntario: <input type="checkbox"/> %

(1) Solamente en el caso de hijos adoptados o de menores acogidos. Tratándose de hijos adoptados que previamente hubieran estado acogidos, indique únicamente el año de acogimiento.

Apellidos y nombre:

DNI - NIE - Pasaporte

④

**5. OTROS DATOS**

<b>5.1</b>	<b>LENGUA COOFICIAL</b> en la que desea recibir su correspondencia: .....									
<b>5.2</b>	<b>DOMICILIO DE COMUNICACIONES A EFECTOS LEGALES</b> (sólo si es distinto del indicado en el apartado 1 y deberá ser otro domicilio del titular si se solicita en nombre propio o por graduado social, gestor administrativo u otro apoderado, u otro domicilio del tutor o tutor institucional si se solicita a través de éstos)									
Domicilio (calle, plaza ...)				Número	Bloque	Escalera	Piso	Puerta	Teléfono fijo	Teléfono móvil
Código postal	Localidad		Provincia			País		Apdo. de correos		
<b>5.3</b>	<b>SI DESEA recibir información por correo electrónico</b> , indique su dirección: .....									

**6. ALEGACIONES**

--

**7. COBRO DE LA PENSIÓN**

PAGO EN ESPAÑA (Banco o Caja de Ahorro)									
BIC: .....			En ventanilla <input type="checkbox"/>		En cuenta del: Futuro titular de la pensión (1.1) <input type="checkbox"/>			Tutor (1.2) <input type="checkbox"/>	
Código IBAN (antigua cuenta corriente)	CÓDIGO PAÍS		CCC						
			ENTIDAD	OFICINA/ SUCURSAL	DÍG. CONTROL	NÚMERO DE CUENTA			
PAGO EN EL EXTRANJERO			Cheque <input type="checkbox"/>		Transferencia <input type="checkbox"/>		País .....		
BIC: .....			IBAN: .....			CCC: .....			

DECLARO, bajo mi responsabilidad, que son ciertos los datos que consigno en el presente formulario, que suscribo para que se me reconozca la prestación de incapacidad que corresponda, manifestando que quedo enterado de la obligación de comunicar al Instituto Social de la Marina cualquier variación que de los mismos pudiera producirse en lo sucesivo, y

AUTORIZO la consulta de los datos de identificación personal a través del Servicio de Verificación de Datos de Identidad y de los datos de domicilio a través del Servicio de Verificación de Datos de Residencia, así como la verificación y cotejo de los datos económicos declarados con los de carácter tributario obrantes en la Agencia Estatal de Administración Tributaria, en los términos establecidos en la O.M. 18-11-99 (BOE del día 30), o en cualquier otro Organismo que tuviera atribuida la competencia sobre ellos, manifestando, igualmente, mi consentimiento para la aportación, consulta u obtención de copia y/o acceso informatizado a los datos de mi historial clínico custodiado por los servicios públicos de salud o centros concertados, en todo caso con garantía de confidencialidad y a los exclusivos de la valoración y calificación de la situación de incapacidad permanente y, en su caso, de una posterior revisión de la misma.

....., a ..... de ..... del 20 .....

Firma



Registro ISM

**A CUMPLIMENTAR POR LA ADMINISTRACIÓN**

Clave de identificación de su expediente:

Funcionario de contacto:

Apellidos y nombre: DNI - NIE - Pasaporte 5

**FORMULARIO DE PRESTACIÓN DE INCAPACIDAD PERMANENTE**

- A INSTANCIA DE:**
- ENTIDAD COLABORADORA       TRABAJADOR
- SERVICIO PÚBLICO DE SALUD       INSPECCIÓN DE TRABAJO
- INSTITUTO SOCIAL DE LA MARINA

**DOCUMENTOS EN VIGOR QUE SE LE REQUIEREN EN LA FECHA DE RECEPCIÓN DE LA SOLICITUD POR EL ISM:**

- 1  DNI, pasaporte o equivalente, NIE o CIF/NIF de:
  - Solicitante.
  - Representante legal.
  - Cónyuge
- 2  Documentación acreditativa de la representación legal.
- 3  Parte de accidente de trabajo o enfermedad profesional.
- 4  Certificado empresarial de salarios reales.
- 5  Historial clínico.
- 6  Libro de familia, Certificación literal o Actas de matrimonio que acrediten diversas circunstancias (parentesco, nacimientos, abortos).
- 7  Auto judicial o certificado de acogimiento familiar.
- 8  Tarjeta de Identidad de Extranjeros o Certificado de inscripción en el Registro Central de Extranjeros.
- Otros documentos:

Recibí

Firma

**DOCUMENTOS NO NECESARIOS PARA EL TRÁMITE, QUE APORTA VOLUNTARIAMENTE EL SOLICITANTE:**

- 1 .....
- 2 .....
- 3 .....
- 4 .....

Recibí los documentos requeridos a excepción de los números: .....

Firma

Cargo y nombre del funcionario .....

Fecha ..... Lugar .....

**DILIGENCIA DE COMPULSA:** A la vista de los siguientes documentos originales y en vigor: .....

Se expide la presente diligencia de verificación para hacer constar que los datos reflejados en este formulario coinciden fielmente con los que aparecen en los documentos originales aportados o exhibidos por el solicitante.

Firma

Cargo y nombre del funcionario .....

Fecha ..... Lugar .....

# PRESTACIONES DE INCAPACIDAD

## DOCUMENTOS EN VIGOR A ENTREGAR PARA EL TRÁMITE DE SU PRESTACIÓN (\*)

(Original acompañado de copia para su compulsión o fotocopia ya compulsada, excepto para los documentos de identidad en los que será suficiente la exhibición del original)

### 1.- EN TODOS LOS CASOS

- Acreditación de identidad del interesado, representante legal y demás personas que figuran en la solicitud mediante la siguiente documentación:
  - Españoles: Documento Nacional de Identidad (DNI).
  - Extranjeros residentes o no residentes en España: Pasaporte o, en su caso, documento de identidad vigente en su país y NIE (Número de Identificación de Extranjero) exigido por la AEAT a efectos de pago.
- Documentación acreditativa de la representación legal, en su caso, o de la emancipación del solicitante menor de edad. Si es tutor institucional, CIF/NIF, documento en el que conste el nombramiento de tutela de la Institución y certificación acreditativa de la representación de la Institución. Si está incapacitado judicialmente debe presentar la resolución judicial que lo declare o certificado acreditativo del Registro Civil.

### 2.- EN CASO DE ACCIDENTE DE TRABAJO O ENFERMEDAD PROFESIONAL

- Parte administrativo de accidente de trabajo o enfermedad profesional.
- Certificado empresarial de salarios reales del año anterior.

### 3.- PARA EL RECONOCIMIENTO DE UN POSIBLE COMPLEMENTO A MÍNIMOS

- En el caso de extranjeros residentes en España: certificado de inscripción en el Registro Central de Extranjeros o Tarjeta de Identidad de Extranjeros.
- Libro de familia, actas del Registro Civil o certificado oficial que acrediten el parentesco del cónyuge con el solicitante, en su caso.

### 4.- PARA ACREDITAR OTRAS CIRCUNSTANCIAS

- Si está en su poder, Historial Clínico elaborado por el Servicio Público de Salud competente en su Comunidad Autónoma o, en su caso, Informe de la Inspección Médica de dicho Servicio.
- Certificado del Registro Civil o Libro de familia, resolución judicial de adopción o decisión administrativa o judicial de acogimiento que acrediten, según el caso, los nacimientos, abortos, adopciones o acogimientos que haya alegado.

---

(\*) Si los documentos han sido emitidos por organismos extranjeros, será necesario que cumplan los requisitos de legalización para ser válidos en España

# PRESTACIONES DE INCAPACIDAD

## EL INSTITUTO SOCIAL DE LA MARINA LE INFORMA:

De acuerdo con el artículo único del Real Decreto 286/2003, de 7 de marzo (BOE del 8 de abril), el plazo máximo para resolver y notificar el procedimiento iniciado es de 135 días contados desde la fecha en la que su formulario ha sido registrado en esta Dirección Provincial o, en su caso, desde que haya aportado los documentos requeridos.

Transcurrido dicho plazo sin haber recibido notificación con la resolución de esta solicitud, podrá entender que su petición ha sido desestimada por aplicación de silencio negativo y solicitar que se dicte resolución, teniendo esa solicitud valor de reclamación previa de acuerdo con lo establecido en el art. 71 de la Ley 36/2011, de 10 de octubre, reguladora de la jurisdicción social (BOE del día 11).

Si esta solicitud no va acompañada de los documentos necesarios para su tramitación, deberá presentarlos en cualquier dependencia de esta Dirección Provincial, personalmente o por correo, en el plazo de diez días contados desde el siguiente a aquél en el que se le haya notificado su requerimiento.

El incumplimiento del plazo señalado tendrá los siguientes efectos:

- Documentos de identificación del titular y, en su caso, del representante legal, así como acreditación de la representación legal: se entenderá que desiste de su petición, de acuerdo con lo previsto en los arts. 70 y 71 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre (BOE del 27-11-1992 y 14-1-1999).
- Resto de documentos: se considerará que no ha acreditado suficientemente los requisitos necesarios para causar o calcular correctamente su pensión, de acuerdo con lo previsto en el art. 193 y siguientes del texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social, aprobada por Real Decreto Legislativo 8/2015 de 30 de octubre.

El funcionario podrá requerir documentación complementaria si lo considera necesario.

### RECUERDE:

Si se produce alguna variación en los datos de esta solicitud, tanto en lo referente a situación económica (ingresos laborales u otro tipo de rentas de usted o su cónyuge), familiar (cambio de estado civil, defunciones, etc.) o de su domicilio (de residencia, fiscal) debe usted comunicarlo a la Dirección Provincial o Local de este Instituto más cercano.

La inclusión de datos falsos, así como la obtención fraudulenta de pensiones, pueden ser actos constitutivos de delito.

Si va a enviar por correo postal esta solicitud, puede aportar la documentación solicitada mediante fotocopia de la misma debidamente compulsada por funcionario público autorizado para ello.

[www.seg-social.es](http://www.seg-social.es)

<https://sede.seg-social.gob.es/>