



Debe imprimir un único ejemplar y presentarlo en un Centro de Atención e Información de la Seguridad Social.
Para facilitar su presentación solicite cita previa en el teléfono 901 10 65 70 o en www.seg-social.es

SOLICITUD DE REVISIÓN DE INCAPACIDAD PERMANENTE A INSTANCIA DE PARTE

1.- DATOS DEL SOLICITANTE

Primer apellido		Segundo apellido		Nombre				
DNI-NIE-Pasaporte	Domicilio habitual: (calle, plaza)			Número	Bloque	Escalera	Piso	Puerta
Código postal	Localidad			Provincia				
País	Apartado de correos	Nacionalidad		Núm. de la seguridad Social				
Teléfono	Teléfono móvil	Correo electrónico						

2.- DATOS DEL CÓNYUGE DEL TITULAR DE LA PENSIÓN

Primer apellido		Segundo apellido		Nombre	
DNI-NIE-Pasaporte	Fecha de nacimiento	Nacionalidad		Fecha de matrimonio	

3.- ANTECEDENTES

Fecha de concesión	Derivada de:	Enfermedad común <input type="checkbox"/>	Accidente no laboral <input type="checkbox"/>	Importe mensual
		Enfermedad profesional <input type="checkbox"/>	Accidente de trabajo <input type="checkbox"/>	

4.- CAUSA DE LA SOLICITUD DE REVISIÓN⁽¹⁾

Agravamiento <input type="checkbox"/>	Mejoría <input type="checkbox"/>	Error de diagnóstico <input type="checkbox"/>
---------------------------------------	----------------------------------	---

5.- SITUACIÓN LABORAL ACTUAL⁽²⁾

Empresa		
Actividad	Régimen	Ingresos mensuales

DECLARO: Bajo mi responsabilidad, que son ciertos los datos que consigno en la presente solicitud, manifestando igualmente, que quedo enterado de la obligación de comunicar al Instituto Nacional de la Seguridad Social, cualquier variación que pudiera producirse en lo sucesivo.



Apellidos y nombre:

DNI - NIE - pasaporte



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, en todo caso con garantía de confidencialidad y a los exclusivos efectos de la prestación reconocida, en el caso de acceso informatizado a dichos datos.

..... a de de 20

Firma del interesado,

20140225

6-063 cas

SR/A. DIRECTOR/A PROVINCIAL DEL INSS DE

- (1) Deberá aportar documentación que acredite el agravamiento o la mejoría
- (2) A cumplimentar únicamente si, tras la declaración de incapacidad permanente se continuó trabajando

NOTA: Los datos personales recogidos en este formulario serán incorporados y tratados en el fichero informático creado por la Orden Ministerial 27-7-1994 (BOE del día 29) para el cálculo, control y revalorización de la pensión, y permanecerán bajo custodia de la Dirección General del Instituto Nacional de la Seguridad Social. En cualquier momento podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición sobre los datos incorporados al mismo ante la dirección provincial o cualquier centro de atención e información del INSS (artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, BOE del día 14).