



ANEXO III
DECLARACIÓN DEL INTERESADO/A

APELLIDOS Y NOMBRE: _____

G APLICACIÓN RD 691/91, DE 12 DE ABRIL, DE CÓMPUTO RECÍPROCO DE CUOTAS ENTRE RÉGIMENES DE S. SOCIAL:

EN EL SUPUESTO DE QUE HUBIERA EFECTUADO COTIZACIONES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL Y APORTE CERTIFICADO DE DICHAS COTIZACIONES,
(SEÑALAR CON UNA X SI PROCEDE)

SOLICITO LA APLICACIÓN DEL RD 691/91, DE 12 DE ABRIL (B.O.E. NÚM. 104, DE 1 DE MAYO)

H OTRAS PENSIONES:

ADEMÁS DE LA PENSIÓN DE JUBILACIÓN DE CLASES PASIVAS INICIADA POR EL PRESENTE IMPRESO, PERCIBE, HA SOLICITADO O SOLICITARÁ LAS SIGUIENTES: (SI NO PROCEDE, INDÍQUESE "NINGUNA" EN LA COLUMNA "TIPO DE PENSIÓN")

TIPO DE PENSIÓN (JUBILACIÓN, VIUDEDAD, ORFANDAD,...)	ORGANISMO	IMPORTE ÍNTEGRO MENSUAL	ESTADO ACTUAL DE LA PENSIÓN (SOLICITARÁ, EN TRÁMITE, RECONOCIDA)

I DATOS PARA RETENCIÓN IRPF:

A LOS EFECTOS DE LA RETENCIÓN DEL IRPF, SEGÚN LA LEGISLACIÓN VIGENTE, HAN DE CONSTATARSE _____ HIJOS/AS
(NÚMERO)

J DECLARACIÓN DE TRABAJO ACTIVO:

A PARTIR DEL MOMENTO EN QUE ES PRODUZCA LA JUBILACIÓN, EL INTERESADO/A DECLARA QUE:
(SEÑALAR CON UNA X LO QUE PROCEDA)

NO SE DESARROLLARÁ TRABAJO ACTIVO

SI DESARROLLARÁ TRABAJO ACTIVO EN _____
INCLUIDO EN EL SECTOR _____
(PÚBLICO / PRIVADO)

K DIRECCIÓN PARA NOTIFICACIONES:

LAS NOTIFICACIONES RELACIONADAS CON LA PRESENTE PENSIÓN DE JUBILACIÓN DE CLASES PASIVAS, HAN DE REMITIRSE A LA SIGUIENTE DIRECCIÓN:
(CUMPLIMENTAR ÚNICAMENTE SI NO COINCIDE CON LOS DATOS QUE FIGURAN EN EL APARTADO "A" DEL PRESENTE IMPRESO)

PRIMER APELLIDO:	SEGUNDO APELLIDO:	NOMBRE:
DOMICILIO:	LOCALIDAD:	
CÓDIGO POSTAL:	PROVINCIA / DEPARTAMENTO:	PAÍS:
		NÚM. TELÉFONO:

PROCEDIMIENTO DE COBRO

(RELLENAR LOS DATOS DE LA OPCIÓN ELEGIDA)

APELLIDOS Y NOMBRE:

L COBRO A TRAVÉS DE ENTIDAD FINANCIERA:

ENTIDAD FINANCIERA: _____

DOMICILIO: _____ MUNICIPIO: _____

CÓDIGO POSTAL: _____ PROVINCIA: _____

CÓDIGO CUENTA CLIENTE (FIRMA Y SELLO DE LA ENTIDAD)

ENTIDAD			OFICINA			DC	NÚM. CUENTA			

M COBRO A TRAVÉS DE HABILITADO/A DE CLASES PASIVAS:

D/D^a _____

(NOMBRE Y APELLIDOS DEL HABILITADO/A)

(FIRMA Y SELLO DEL HABILITADO/A)

CLAVE

--	--	--	--	--	--	--	--

(CLAVE DEL HABILITADO/A)

EL/LA FIRMANTE DE ESTE IMPRESO DECLARA QUE LOS DATOS CONSIGNADOS EN LOS APARTADOS G, H, I, J, K, L y M SON CIERTOS, EN EL CONOCIMIENTO DE LAS RESPONSABILIDADES EN QUE PUDIERA INCURRIR POR FALSEDAD DE LOS MISMOS, Y, CONFIRMA Y SUSCRIBE LOS DEMÁS EXTREMOS SEÑALADOS EN EL RESTO DE LOS APARTADOS. ASIMISMO QUEDA 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.

EN _____ A _____ DE _____ DE 200__

(FIRMA DEL INTERESADO)