



FR.115

Registro de presentación

Registro de entrada

SOLICITUD DE RESCISIÓN DE CÓDIGOS DE CUENTA DE COTIZACIÓN Y/O NÚMEROS DE AFILIACIÓN PARA AUTORIZADOS DEL SISTEMA RED*

*Sólo cuando el NIF de la autorización no coincida con el del CCC/NAF a rescindir. Cuando el NIF de la autorización coincida con el del NAF/CCC a rescindir será necesario cumplimentar el formulario FR. 104.

1. DATOS DEL SOLICITANTE (Márquese lo que proceda)

<input type="checkbox"/> EMPRESA (o su representante)	<input type="checkbox"/> USUARIO PRINCIPAL DE LA AUTORIZACIÓN DEL SISTEMA RED
<input type="checkbox"/> AFILIADO (o su representante)	NÚMERO DE AUTORIZACIÓN <input type="text"/>
RAZÓN SOCIAL/NOMBRE Y APELLIDOS <input type="text"/>	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN FISCAL (NIF) <input type="text"/>
Datos de Representación	
NOMBRE Y APELLIDOS DEL REPRESENTANTE <input type="text"/>	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN FISCAL (NIF) <input type="text"/>
Datos de Contacto del empresario/afiliado	
CORREO ELECTRÓNICO* <input type="text"/>	TELÉFONO MÓVIL* <input type="text"/>
*Este campo se utilizará para comunicaciones entre la Seguridad Social y la empresa o afiliado	

2. DATOS DEL CÓDIGO DE CUENTA DE COTIZACIÓN O AFILIADO (NAF)

RESCINDIR DE LA AUTORIZACIÓN Nº <input type="text"/>	NIF AUTORIZACIÓN <input type="text"/>		
CCC <input type="text"/>	NAF <input type="text"/>	CCC/NAF <input type="text"/>	RAZÓN SOCIAL/NOMBRE Y APELLIDOS <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Se adjunta FR.115 ANEXO con otros CCCs/NAFs para los que también se solicita esta rescisión			

SOLICITA: La rescisión de los Códigos de Cuenta de Cotización y/o NAFs relacionados, para hacer uso del Sistema de transmisión telemática de datos según la normativa reguladora del Sistema RED.

En el caso de que el NAF que se solicita desasignar se hubiera adherido voluntariamente al Sistema RED, sin estar obligado a incorporarse al mismo, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 3.2.b de la Orden ESS/485/2013 de 26 de marzo quedará obligado a recibir por medios electrónicos las notificaciones y comunicaciones que en el ejercicio de sus competencias les dirija la Administración de la Seguridad Social, en tanto se mantenga su incorporación al citado Sistema.

Las notificaciones y comunicaciones electrónicas en los supuestos previstos en el artículo 3.2 de la citada Orden se pondrán a disposición, tanto del sujeto responsable obligado a recibirlas, como del autorizado que en cada momento tenga asignada la gestión en el Sistema RED del Código de Cuenta de Cotización principal de aquél o, en su defecto, del autorizado que tenga asignado, en su caso, el número de Seguridad Social de los Trabajadores por Cuenta Propia o Autónomos obligados a incorporarse a dicho Sistema, en los términos previstos en la Orden ESS/484/2013, de 26 de marzo reguladora del mismo. Como excepción, los sujetos responsables podrán optar porque las notificaciones y comunicaciones electrónicas a ellos dirigidas se pongan exclusivamente a su disposición o también a la de un tercero a quien hayan otorgado su representación (artículo 4 de la Orden ESS/485/2013 de 26 de marzo).

ÓRGANO AL QUE SE DIRIGE LA SOLICITUD. DIRECCIÓN PROVINCIAL DE LA TGSS DE:

AFILIADO O EMPRESARIO O REPRESENTANTE DE LA EMPRESA O DEL AFILIADO Lugar: _____ Fecha: _____ FIRMA: _____ NOMBRE Y APELLIDOS: _____	USUARIO PRINCIPAL O REPRESENTANTE DE LA AUTORIZACIÓN Lugar: _____ Fecha: _____ FIRMA: _____ NOMBRE Y APELLIDOS: _____
---	---

En caso de no estar firmado por el afiliado o en su caso por el representante de la empresa o del afiliado indicar los motivos.

DOCUMENTACIÓN QUE DEBE APORTAR

- Para el afiliado: Documento identificativo del afiliado o, en el caso de representación, acreditación documental de la representación de la persona que formula la solicitud, así como su documento identificativo
- Para empresario individual: Documento identificativo del empresario individual o, en el caso de representación, acreditación documental de la representación de la persona que formula la solicitud, así como su documento identificativo
- Para persona jurídica: Acreditación documental de la representación de la persona que formula la solicitud, así como su documento identificativo

PROTECCIÓN DE DATOS.- A los efectos previstos en el artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre (B.O.E del 14-12-1999) de protección de datos de carácter personal, se le informa que los datos consignados en el presente modelo, serán incorporados al Fichero General de Afiliación, regulado por la Orden de 27-07-1994, modificados por la Orden de 26-03-1999. Respecto de los citados datos podrá ejercitar los derechos de acceso, rectificación y cancelación, en los términos previstos en dicha Ley Orgánica 15/1999.

La comunicación de estos datos supone la aceptación por el empresario de comunicaciones informativas de la Seguridad Social.



FR.115 ANEXO

Este documento sólo tiene validez, si va acompañado del correspondiente FR.115

SOLICITUD DE RESCISIÓN DE CÓDIGOS DE CUENTA DE COTIZACIÓN Y/O NÚMEROS DE AFILIACIÓN PARA AUTORIZADOS DEL SISTEMA RED - ANEXO

3. DATOS DE OTROS CÓDIGOS DE CUENTA DE COTIZACIÓN O DE AFILIADOS

RESCINDIR DE LA AUTORIZACIÓN Nº NIF AUTORIZACIÓN

CCC	NAF	CCCs*/NAFs		RAZÓN SOCIAL/NOMBRE Y APELLIDOS
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

* CCCs: Es obligatorio incluir el Régimen del CCC cuando se solicite la rescisión de Códigos de Cuenta de Cotización.

ÓRGANO AL QUE SE DIRIGE LA SOLICITUD. DIRECCIÓN PROVINCIAL DE LA TGSS DE:

AFILIADO/EMPRESARIO/REPRESENTANTE DE LA EMPRESA O DEL AFILIADO	
Lugar: FIRMA:	Fecha:
NOMBRE Y APELLIDOS: _____	

USUARIO PRINCIPAL O REPRESENTANTE DE LA AUTORIZACIÓN	
Lugar: FIRMA:	Fecha:
NOMBRE Y APELLIDOS: _____	

En caso de no estar firmado por el afiliado o en su caso por el representante de la empresa o del afiliado indicar los motivos.

En el caso de presentar el FR.115 ANEXO, este formulario deberá imprimirse a doble cara, o en su defecto, deberán graparse las dos hojas (FR.115 y FR.115 ANEXO)

PROTECCIÓN DE DATOS.- A los efectos previstos en el artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre (B.O.E del 14-12-1999) de protección de datos de carácter personal, se le informa que los datos consignados en el presente modelo, serán incorporados al Fichero General de Afiliación, regulado por la Orden de 27-07-1994, modificados por la Orden de 26-03-1999. Respecto de los citados datos podrá ejercitar los derechos de acceso, rectificación y cancelación, en los términos previstos en dicha Ley Orgánica 15/1999.

La comunicación de estos datos supone la aceptación por el empresario de comunicaciones informativas de la Seguridad Social.

ADVERTENCIA: En las Comunidades Autónomas con lengua cooficial, existe a su disposición este impreso redactado en lengua vernácula.