PRESTACIONES DE INCAPACIDAD

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, Moldavia, Paraguay, Perú, República Dominicana, Rusia, Túnez, Ucrania, Uruguay o Venezuela.

Las comunicaciones y notificaciones relativas a esta prestación se efectuarán por medios electrónicos en la Sede Electrónica de la Seguridad Social, en el siguiente enlace: ***https://info.seg-social.es/notif***

INSTRUCCIONES PARA CUMPLIMENTAR ESTE FORMULARIO

1.- DATOS PERSONALES.- En aquellos supuestos en los que para formular la solicitud la persona interesada necesite medidas de apoyo que requieran la intervención de un guardador de hecho, o en su caso, de un curador/defensor judicial, cumplimente también el apartado de los datos personales del punto 1.2. En el caso de que la petición no se formule en nombre propio sino a través de representante cumplimente el apartado 1.3.

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

El DOMICILIO A EFECTOS DE NOTIFICACIONES sólo debe indicarse cuando desee recibirlas en otro domicilio distinto del suyo habitual.

3.- DATOS PROFESIONALES.- Sea lo más conciso posible al poner esta información.

4.- DATOS SOBRE PARTOS, COMPLEMENTO PARA LA REDUCCIÓN DE LA BRECHA DE GÉNERO Y CUIDADO DE HIJOS Y MENORES ACOGIDOS.

RECONOCIMIENTO DE DÍAS COTIZADOS POR PARTO: exclusivamente cuando la persona interesada sea mujer, se podrán computar como periodo cotizado 112 días por cada parto y aborto de más de 6 meses aunque no se estuviese en situación de activo. Todos ellos deben figurar inscritos en el Registro Civil para producir efectos.

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 de desempleo entre los 9 meses antes del nacimiento con vida (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.

COMPLEMENTO PARA LA REDUCCIÓN DE LA BRECHA DE GÉNERO: para pensiones causadas a partir de 4/2/2021, si se cumplen los requisitos establecidos legalmente, se podrá reconocer, siempre que se solicite, un complemento para la reducción de la brecha de género a los hombres o mujeres que hayan tenido uno o más hijos nacidos con vida o adoptados cuyo nacimiento o adopción se hubiera producido con anterioridad a la fecha del posible reconocimiento de la prestación.

- **DATOS RELACIONADOS CON LA PRESTACIÓN SOLICITADA.** Alcanzada la edad ordinaria de jubilación, solo se puede acceder a esta prestación por contingencias comunes si, acreditados los requisitos necesarios para tener derecho a la misma, no se reúne el período mínimo de cotización exigido para acceder a la pensión de jubilación.

INCREMENTO DEL VEINTE POR CIENTO: Para el caso de que le fuera reconocida una pensión de incapacidad permanente total (salvo que dicho reconocimiento derive de una contingencia común y se produzca alcanzada la edad ordinaria de jubilación) y, siendo mayor de 55 años, no tuviera empleo ni va a trabajar en otra profesión o actividad compatible y/o mantener la titularidad de su establecimiento mercantil, su pensión se podrá incrementar en un 20%. Para solicitar este incremento deberá cumplimentar el apartado 5.2. del formulario de solicitud.

A EFECTOS DE COMPLEMENTOS PARA PENSIONES INFERIORES A LA MÍNIMA: 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.

A EFECTOS FISCALES: necesarios para calcular correctamente la retención por IRPF. 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.

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

7.- DATOS BANCARIOS.- Ponga especial cuidado al rellenar las casillas de la cuenta bancaria.El titular de la cuenta deberá ser en todo caso el interesado, aun cuando necesite medidas de apoyo judiciales. El error o la falta de este dato impediría el pago de la prestación que, en su caso, pudiera reconocerse. Debe indicar el BIC (Código Internacional de Banco) y también el número de IBAN que es el equivalente a su número de cuenta corriente. Puede encontrarlo en todos los recibos y comunicaciones que le envía su entidad bancaria actualmente. Si reside en el extranjero y quiere recibir allí el pago, debe aportarnos todos los datos de su entidad bancaria en ese país mediante los correspondientes códigos internacionales.

20260917

INC-17 cas V.45

MINISTERIO
DE INCLUSIÓN, SEGURIDAD SOCIAL
Y MIGRACIONES

Borrar

SECRETARÍA DE ESTADO
DE LA SEGURIDAD SOCIAL
Y PENSIONES

INSTITUTO SOCIAL
DE LA MARINA

Registro ISM

INCAPACIDAD PERMANENTE

¿Ha trabajado usted en el extranjero? SÍ ☐ NO ☐. En caso afirmativo, antes de continuar con este impreso compruebe si debe solicitar otro diferente.

Puede solicitar este trámite a través de la Sede Electrónica de la Seguridad Social (***https://sede.seg-social.gob.es***), tanto con certificado digital como con Cl@ve permanente. Si no dispone de ningún sistema de identificación electrónica, podrá enviar un ejemplar firmado por correo ordinario o presentarlo en una Dirección Provincial o Local del Instituto Social de la Marina solicitando cita previa en **https://run.gob.es/xnka31ad,** o a través de la aplicación móvil 'ISM en tu bolsillo'.

1. DATOS PERSONALES

1.1 SOLICITANTE

Primer apellido	Segundo apellido	Nombre

Fecha de nacimiento	Sexo	Estado civil actual		DNI - NIE - Pasaporte
Día		Soltero/a ☐	Necesita medidas de apoyo SÍ ☐ NO ☐	Nº de la Seguridad Social
Mes	Hombre ☐	Casado/a ☐	En caso afirmativo, cumplimente el apartado 1.2	Nacionalidad
Año	Mujer ☐	Viudo/a ☐	Tiene reconocida discapacidad SÍ ☐ NO ☐	Teléfono fijo
		Separado/a legalmente ☐		
		Divorciado/a ☐		

Domicilio habitual: (calle o plaza)	Número	Bloque	Escalera	Piso	Puerta	Teléfono móvil

Código postal	Localidad	Provincia	País

Correo electrónico	

1.2 SOLICITUD PRESENTADA POR PERSONA QUE PRESTA MEDIDAS DE APOYO A PERSONAS CON DISCAPACIDAD

GUARDADOR DE HECHO ☐ GUARDADOR DE HECHO JUDICIAL ☐ CURADOR ☐ DEFENSOR JUDICIAL ☐

Primer apellido	Segundo apellido	Nombre

Fecha de nacimiento	DNI - NIE - Pasaporte	Nacionalidad

Domicilio habitual: (calle o plaza...)	Número	Bloque	Escalera	Piso	Puerta	Teléfono fijo	Teléfono móvil

Código postal	Localidad	Provincia	País

Si actúa en nombre de una entidad pública, indique: cargo que ostenta .....

Nombre o razón social ..... CIF/NIF .....

1.3 SOLICITUD PRESENTADA POR REPRESENTANTE

REPRESENTANTE ☐ APODERADO INSCRITO EN EL REGISTRO ELECTRÓNICO DE APODERAMIENTOS ☐

Primer apellido	Segundo apellido	Nombre

Fecha de nacimiento	DNI - NIE - Pasaporte	Nacionalidad

Domicilio habitual: (calle o plaza...)	Número	Bloque	Escalera	Piso	Puerta	Teléfono fijo	Teléfono móvil

Código postal	Localidad	Provincia	País

Apellidos y nombre:	DNI - NIE - Pasaporte ②

2. OTROS DATOS

2.1	**LENGUA OFICIAL** en la que desea recibir su correspondencia: .....
2.2	**DATOS DE CONTACTO A EFECTOS DE NOTIFICACIONES**

De conformidad con lo establecido en la Orden ISM/903/2020, de 24 de septiembre (BOE 29/09), todas las notificaciones y comunicaciones emitidas por el ISM en un procedimiento de incapacidad permanente se efectuarán obligatoriamente por medios electrónicos. Por consiguiente, es preceptivo que el interesado comunique un teléfono móvil y/o una dirección de correo electrónico en la que recibir los avisos de puesta a disposición de resoluciones/comunicaciones en SEDESS (Sede Electrónica de la Seguridad Social) para su notificación.

Teléfono móvil	
Dirección de correo electrónico	

3. DATOS DE SITUACIÓN LABORAL

1) Última profesión que ha ejercido ..... Tareas que realizaba .....

2) Otras profesiones: .....

3) En caso de ser trabajador autónomo indique si ha tenido trabajadores a cargo: SÍ ☐ NO ☐

En caso afirmativo, indique la identificación jurídica de la empresa: .....

¿Ha cotizado alguna vez al Régimen de Clases Pasivas del Estado? SÍ ☐ NO ☐

Apellidos y nombre:	DNI - NIE - Pasaporte ③

En el caso de tener hijos rellene el punto 4, de no ser así acuda directamente al punto siguiente (punto 5).

4. DATOS PARA SOLICITAR EL RECONOCIMIENTO DE BENEFICIOS POR CUIDADO DE HIJOS/ADOPTADOS O MENORES ACOGIDOS, Y EL COMPLEMENTO PARA LA REDUCCIÓN DE LA BRECHA DE GÉNERO Y DÍAS COTIZADOS POR PARTO

		Hijo 1	Hijo 2	Hijo 3	Hijo 4	Hijo 5	Hijo 6
Datos del hijo o menor	Nombre						
	1º apellido						
	2º apellido						
	DNI/NIE/Pasaporte						
	Fecha de nacimiento						
	Fecha de resolución de adopción o acogimiento						
	Fecha de aborto (de más de 6 meses de gestación)						
Solicita el beneficio por cuidado de hijos/adoptados o menores acogidos. Marque los hijos o menores por los que solicita el beneficio		☐	☐	☐	☐	☐	☐
Solicita el complemento para la reducción de la brecha de género.Marque los hijos por los que solicita el complemento		☐	☐	☐	☐	☐	☐
Solicita el reconocimiento de los días por parto (solicitante mujer). Marque los hijos por los que solicita los días por parto		☐	☐	☐	☐	☐	☐
Cumplimente los datos del otro progenitor en caso de solicitar: - El complemento para la reducción de la brecha de género - El beneficio por cuidado de hijos o menores acogidos (solicitante hombre)							
Datos del otro progenitor, adoptante o acogedor (1)	NO EXISTE	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	FALLECIDO	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Nombre						
	1º 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 en caso de inexistencia o fallecimiento del mismo).

Apellidos y nombre:	DNI - NIE - Pasaporte	④

5. DATOS RELACIONADOS CON LA PRESTACIÓN SOLICITADA

5.1 SOBRE LA CONTINGENCIA:

Enfermedad común ☐ Enfermedad profesional ☐ Accidente de trabajo ☐ Accidente no laboral ☐

5.2 EN CASO DE RECONOCERSE LA PRESTACIÓN:

Va a seguir trabajando y cotizando a la Seguridad Social: SÍ ☐ NO ☐

En la Administración ☐ Por cuenta propia ☐ Por cuenta ajena ☐

Va a ser titular, propietario/a o arrendatario/a: SÍ ☐ NO ☐

De explotación agraria ☐ De explotación marítimo pesquera ☐ De establecimiento abierto al público ☐

Si la respuesta anterior es NO y actualmente no tiene empleo, es mayor de 55 años y, en caso de enfermedad común o accidente no laboral, no ha cumplido la edad de jubilación, indique si solicita el incremento del 20% en el supuesto de que se le reconociera una pensión de incapacidad permanente total: SÍ ☐ NO ☐

5.3 DATOS DE INGRESOS

Ingresos, computados de acuerdo con la legislación fiscal, que previsiblemente, y al margen de la pensión solicitada, obtendrán el interesado (I) y su cónyuge (C) durante todo el año actual, distintos de los obtenidos por el trabajo para el que ha de valorarse la incapacidad. Si prevé que van a ser iguales a los del año anterior, cumplimente esa cantidad descontando los que obtuvo por dicho trabajo; en caso de que usted ya sea perceptor de una pensión pública nacional, no incluya el importe percibido por la misma. Para el estudio del derecho al complemento a mínimos, deben rellenarse todas las casillas de ingresos. En caso de no tener rentas de alguno de los tipos solicitados, debe indicarlo con cero (0) en el apartado correspondiente.

Perceptor	Rendimientos netos de trabajo	Rendimientos netos de actividades económicas	Rendimientos de capital mobiliario y/o inmobiliarios (importes netos)	Ganancias patrimoniales (saldo neto positivo)	Pensiones de Organismos Extranjeros (importe íntegro)	
					Importe	País
I	€	€	€	€	€	
C	€	€	€	€	€	

5.4 DATOS DEL CÓNYUGE

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

5.5 DATOS DE ASCENDIENTES Y DESCENDIENTES A EFECTOS FISCALES QUE CONVIVEN CON EL INTERESADO/A

Debe incluir exclusivamente la información de ascendientes mayores de 65 años (o menores de dicha edad con discapacidad) que conviven con usted durante al menos la mitad del año y descendientes menores de 25 años (o mayores de dicha edad con discapacidad) 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	Igual o superior al 33% e inferior al 65% ☐ Igual o superior al 65% ☐	Igual o superior al 33% e inferior al 65% ☐ Igual o superior al 65% ☐	Igual o superior al 33% e inferior al 65% ☐ Igual o superior al 65% ☐	Igual o superior al 33% e inferior al 65% ☐ Igual o superior al 65% ☐	Igual o superior al 33% e inferior al 65% ☐ Igual o superior al 65% ☐	Igual o superior al 33% e inferior al 65% ☐ Igual o superior al 65% ☐
Ayuda de 3ª persona o movilidad reducida	SÍ ☐ NO ☐	SÍ ☐ NO ☐	SÍ ☐ NO ☐	SÍ ☐ NO ☐	SÍ ☐ NO ☐	SÍ ☐ NO ☐
Si descendiente: Año adopción/acogimiento (1)						
Convive también con el otro progenitor	SÍ ☐ NO ☐	SÍ ☐ NO ☐	SÍ ☐ NO ☐	SÍ ☐ NO ☐	SÍ ☐ NO ☐	SÍ ☐ NO ☐
Si ascendiente: Nº hijos/nietos con los que convive durante el año (incluido Vd.)						

(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 ⑤

5.6 DATOS DEL INTERESADO/A A EFECTOS FISCALES

Si está en territorio común y desea un tipo voluntario de retención por IRPF indique cuál: … ..... %

Tiene reconocida discapacidad … … … … … … … … … … Igual o superior al 33% e inferior al 65% ☐

Igual o superior al 65% ☐

Ayuda de 3ª persona o movilidad reducida … … … … … . … … … … … … … … … … … SÍ ☐ NO ☐

Cuantía anual de pensión compensatoria … … … … … … … … … … … … … … … … … … ..... €

Cuantía anual de alimentos a favor de los hijos: … … … … … … … … … … … … … … … ..... €

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 … ☐

Si su domicilio está en TERRITORIO FORAL, a efectos de retención por IRPF desea que se le aplique:

Tabla general ☐ Nº de hijos .....

Tabla de pensionistas ☐

Tipo voluntario: ☐ ..... %

6. ALEGACIONES:

7. DATOS BANCARIOS

EL TITULAR DE LA CUENTA DEBE SER LA PERSONA INTERESADA, SALVO QUE PRESENTE RESOLUCIÓN JUDICIAL QUE EXPRESAMENTE LE AUTORICE AL COBRO A LA PERSONA QUE PRESENTA MEDIDAS DE APOYO. EL ERROR O LA FALTA DE ESTE DATO IMPEDIRÍA EL PAGO DE LA PRESTACIÓN:

PAGO EN ESPAÑA (Banco o Caja de Ahorro)

BIC: .....

☐ TITULAR ☐ PERSONA QUE PRESTA MEDIDAS DE APOYO

Código IBAN (antigua cuenta corriente)	CÓDIGO PAÍS	CCC			
		ENTIDAD	OFICINA/ SUCURSAL	DÍG. CONTROL	NÚMERO DE CUENTA

PAGO EN EL EXTRANJERO Cheque ☐ Transferencia ☐ País .....

BIC: ..... IBAN: ..... CCC: .....

20260917

DECLARO, que son ciertos los datos incluidos en esta solicitud.

El Instituto Social de la Marina solicita su consentimiento para consultar y recabar electrónicamente los datos o documentos que se encuentren en poder de cualquier Administración, cuyo acceso no esté previamente amparado por la ley y que sean necesarios para resolver y gestionar, en su caso, la prestación que pudiera reconocerse.

☐ **SÍ doy mi consentimiento**

☐ **NO doy mi consentimiento**

NOTA IMPORTANTE: En caso de no dar su consentimiento deberá aportar, en el plazo de 10 días hábiles, los documentos que se le indiquen que sean necesarios para resolver y gestionar, en su caso, la prestación que pudiera reconocerse.

INC-17 cas V.45

El Instituto Social de la Marina solicita su consentimiento para utilizar el teléfono móvil, el correo electrónico y datos de contacto que ha facilitado para enviarle comunicaciones en materia de Seguridad Social.

☐ **SÍ doy mi consentimiento**

☐ **NO doy mi consentimiento**

INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES	
RESPONSABLE	Instituto Social de la Marina (ISM)
FINALIDAD	Gestión de las prestaciones del Sistema de la Seguridad Social competencia del ISM
LEGITIMACIÓN	Ejercicio de poderes públicos
DESTINATARIOS	Sólo se efectuarán cesiones y transferencias previstas legalmente o autorizadas mediante su consentimiento
DERECHOS	Acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional
PROCEDENCIA	Recabamos datos de otras administraciones y entidades en los términos legalmente previstos
INFORMACIÓN ADICIONAL	Puede consultar información adicional y detallada en la hoja informativa que se acompaña al presente formulario en el apartado "INFORMACIÓN ADICIONAL SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES"

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

Firma

Si va a presentar esta solicitud por internet no es necesario que firme este formulario

MINISTERIO
DE INCLUSIÓN, SEGURIDAD SOCIAL
Y MIGRACIONES

SECRETARÍA DE ESTADO
DE LA SEGURIDAD SOCIAL
Y PENSIONES

INSTITUTO SOCIAL
DE LA MARINA

Registro ISM

A CUMPLIMENTAR POR LA ADMINISTRACIÓN

Clave de identificación de su expediente:

Funcionario de contacto:

Apellidos y nombre: DNI - NIE - Pasaporte ⑥

FORMULARIO DE PRESTACIÓN DE INCAPACIDAD PERMANENTE

A INSTANCIA DE:

- ☐ **TRABAJADOR**
- ☐ **ENTIDAD COLABORADORA**
- ☐ **INSPECCIÓN DE TRABAJO**
- ☐ **SERVICIO PÚBLICO DE SALUD**
- ☐ **INSTITUTO SOCIAL DE LA MARINA**

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

1 ☐ DNI, pasaporte o equivalente, TIE/NIE o CIF/NIF de:
- ☐ Solicitante.
- ☐ Guardador de hecho.
- ☐ Curador/defensor judicial.
- ☐ Representante.
- ☐ Cónyuge.

2 ☐ Resolución o autorización judicial.

3 ☐ Certificado de empadronamiento o documentación acreditativa de convivencia en caso de guarda de hecho.

4 ☐ Documentación acreditativa de la representación.

5 ☐ Parte de accidente de trabajo o enfermedad profesional.

6 ☐ Certificado empresarial de salarios reales.

7 ☐ Libro de familia, Certificación literal o Actas de matrimonio que acrediten diversas circunstancias (parentesco, nacimientos, abortos).

8 ☐ Auto judicial o certificado de acogimiento familiar .

9 ☐ Tarjeta de Identidad de Extranjeros o Certificado de inscripción en el Registro Central de Extranjeros.

10 ☐ Otros documentos:

Recibí Firma

DOCUMENTOS QUE APORTA VOLUNTARIAMENTE LA PERSONA INTERESADA PARA COMPLETAR DATOS:

1 .....

2 .....

3 .....

4 .....

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

Código de Identificación del funcionario (MU):

.....

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

DILIGENCIA: A la vista de los siguientes documentos:

.....

.....

.....

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 aportados o exhibidos por el interesado/a.

Código de Identificación del funcionario (MU):

.....

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

DOCUMENTOS A ENTREGAR PARA EL TRÁMITE DE LA PRESTACIÓN (*)

1.- EN TODOS LOS CASOS

- Acreditación de identidad del solicitante, guardador de hecho/curador/defensor judicial, representante y demás personas que figuran en este documento mediante la siguiente documentación:
  - Españoles: Documento Nacional de Identidad (DNI).
  - Extranjeros residentes o no residentes en España: TIE (Tarjeta de Identidad de Extranjero); o 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.
- En aquellos supuestos en los que la solicitud haya sido presentada por una persona que presta medidas de apoyo a personas con discapacidad, la documentación acreditativa correspondiente. En caso de guardador de hecho, certificado de empadronamiento o documentación que acredite convivencia; en caso curador/defensor judicial, la resolución judicial.
- Documentación acreditativa de la representación. Los apoderados inscritos en el registro electrónico de apoderamientos no necesitan acompañar documento acreditativo.
- En aquellos supuestos en los que la persona que presta medidas de apoyo sea cobrador debe presentar lo resolución judicial que expresamente autorizce al cobro.

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.- A EFECTOS DE COMPLEMENTOS PARA PENSIONES INFERIORES A LA MÍNIMA

- 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 interesado/a, en su caso.

4.- PARA ACREDITAR OTRAS CIRCUNSTANCIAS

- 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. En el caso de adopciones internacionales constituidas por autoridades extranjeras deberá acreditarse que han surtido efectos en España con arreglo a las disposiciones de la Ley de Adopción Internacional.

20260917

INC-17 cas V.45

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

EL INSTITUTO SOCIAL DE LA MARINA LE INFORMA:

De acuerdo con lo establecido en el artículo único del Real Decreto 286/2003, de 7 de marzo por el que se establece la duración de los plazos para la resolución de los procedimientos administrativos para el reconocimiento de prestaciones en materia de Seguridad Social (BOE del 8-4-2003), el plazo máximo para resolver y notificar el procedimiento iniciado es de 135 días contados desde la fecha en que el formulario ha tenido entrada en el registro electrónico de este Organismo o, en su caso, desde la fecha del acuerdo de iniciación.

Transcurrido dicho plazo sin haber sido notificada la resolución, podrá entender que su petición ha sido desestimada por silencio administrativo y, cuando esta Entidad esté obligada a proceder de oficio, podrá solicitar que se dicte resolución, teniendo esta 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 este formulario no va acompañado de los documentos necesarios para su tramitación, deberá presentarlos en el plazo de 10 días contados desde el siguiente a aquél en el que se le haya notificado su requerimiento. Puede realizar este trámite a través de la Sede Electrónica de la Seguridad Social **(*http://sede.seg-social.gob.es*)**, tanto con certificado digital como Cl@ve permanente, por correo ordinario o en una Dirección Provincial o Local del Instituto Social de la Marina solicitando cita previa en https://run.gob.es/xnka31ad, o a través de la aplicación móvil "ISM en tu bolsillo".

El incumplimiento del plazo señalado tendrá los siguientes efectos:

– Documentos de identificación del titular y, en su caso, del guardador de hecho/curador/defensor judicial, del representante, así como acreditación de la representación: se entenderá que desiste de su petición, previa resolución del Instituto Social de la Marina, de acuerdo con lo previsto en los arts. 66 y 68 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre (BOE del 2-10-2015).

– Resto de documentos: se resolverá la prestación de acuerdo a los datos que consten en el expediente (artículo 73.3 de la Ley 39/2015).

20260917

No obstante, en caso de que se reconociera el derecho a la prestación, no podría realizarse el pago si no se ha cumplimentado el apartado correspondiente a "DATOS BANCARIOS”

El funcionario podrá requerir documentación complementaria si la normativa aplicable lo exigiera, y usted podrá aportar cualquier otro documento que estime conveniente (artículo 28.1 de la Ley 39/2015).

RECUERDE:

Si se le reconociera la prestación y comenzara a trabajar o se produjera alguna variación en los datos debe comunicarlo a esta Entidad Gestora por cualquiera de las vías indicadas anteriormente.

INC-17 cas V.45

INFORMACIÓN ADICIONAL SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES

RESPONSABLE DEL TRATAMIENTO	***¿Quién es el responsable del tratamiento de sus datos personales?*** Subdirector/a General de Seguridad Social de los Trabajadores del Mar C/ Génova, 20 CP 28004 Madrid, ESPAÑA https://sede.seg-social.gob.es
DELEGADO DE PROTECCIÓN DE DATOS	***¿Cómo puede contactar con el Delegado de Protección de Datos?*** Dirección del Servicio Jurídico de la Seguridad Social C/ Infanta Mercedes, 31 - 3ª Planta CP 28020 Madrid, ESPAÑA delegado.protecciondatos@sede.seg-social.es
FINALIDAD DEL TRATAMIENTO	***¿Para qué utilizaremos sus datos?*** Sus datos serán tratados con la finalidad principal de resolver esta solicitud y de gestionar, en su caso, la prestación reconocida. El tratamiento de sus datos de contacto tendrá como finalidad la realización de comunicaciones y remisión de información en materia de Seguridad Social. Los datos personales proporcionados se conservarán mientras sean necesarios para gestionar su prestación o las de sus posibles beneficiarios así como para otros fines de archivo y estadística pública.
LEGITIMACIÓN DEL TRATAMIENTO	***¿Cuál es la legitimación para el tratamiento de sus datos?*** El tratamiento de los datos se realizará sobre la base del ejercicio de poderes públicos autorizado por una norma legal (Arts. 66, 71, 72, 77 y concordantes Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social, en adelante, TRLGSS). Por lo que respecta a las comunicaciones y envío de informaciones en materia de Seguridad Social, el tratamiento vendrá legitimado por su consentimiento. La negativa a otorgarlo supondrá que no podrá recibir este tipo de envíos, si bien, no impedirá que le podamos informar por dichos canales del estado de sus solicitudes. También le informamos de que no está obligado a facilitar su dirección de correo electrónico y número de teléfono móvil y que, en caso de no facilitarlos, no impedirá el trámite de su solicitud.
DESTINATARIOS DE CESIONES O TRANSFERENCIAS	***¿A quién comunicaremos sus datos?*** Los datos personales obtenidos por el Instituto Social de la Marina en el ejercicio de sus funciones tienen carácter reservado y solo se utilizarán para los fines encomendados legalmente, sin que puedan ser cedidos o comunicados a terceros, salvo que la cesión o comunicación tenga por objeto alguno de los supuestos previstos expresamente en el artículo 77 del TRLGSS así como en los supuestos indicados en cualquier otra norma de rango legal. Si se trata de una solicitud basada en normativa internacional, sus datos podrán ser cedidos a los organismos extranjeros competentes para el trámite de su solicitud.
DERECHOS DE LAS PERSONAS INTERESADAS	***¿Cuáles son sus derechos cuando nos facilita sus datos personales?*** Respecto de los datos personales proporcionados, puede ejercitar en cualquier momento y en los términos establecidos por la normativa de protección de datos los derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación y oposición, o bien retirar el consentimiento prestado a su tratamiento en los casos que hubiese sido requerido, todo ello mediante escrito presentado en una Dirección Provincial o Local del Instituto Social de la Marina o, por correo postal o a través de la sede electrónica de la Seguridad Social, ante el Delegado de Protección de Datos cuyos datos se encuentran en el segundo apartado de esta tabla. Le informamos de que en caso de considerar que su requerimiento no ha sido atendido oportunamente, tiene la posibilidad de presentar una reclamación ante la Agencia Española de Protección de Datos.
PROCEDENCIA	***¿Cómo obtenemos sus datos personales?*** Además de los datos facilitados por usted en su solicitud recabamos otros datos personales de otras administraciones y entidades en cumplimiento de la normativa y con el fin de agilizar y facilitar la actuación administrativa. Estos accesos a datos están amparados en normas con rango de ley.