**DOM/ES-01**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (SOLICITANTE)**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (CAUSANTE)**

**INSS\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, ESPAÑA**

**CONVENIO DE SEGURIDAD SOCIAL ENTRE ESPAÑA Y REPÚBLICA DOMINICANA**

**SOLICITUD DE INFORMACIÓN SOBRE PERÍODOS DE SEGURO ACREDITADOS**

**El presente formulario será completado en la parte que le afecte, por la Institución ante la cual se presente la solicitud y remitido, en dos ejemplares, a la Institución de enlace competente de la otra Parte donde el asegurado alega haber cotizado, ésta devolverá un ejemplar del formulario en el que se certifiquen los períodos efectivos de cotización de acuerdo con su legislación.**

**Fecha de presentación de la solicitud de informe: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**No. de referencia en República Dominicana: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**No. de referencia en España: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |
| --- |
| 1. **Institución destinataria de enlace o competente** |
| * 1. Denominación: Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS) |
| * 1. Dirección (1): Av. Tiradentes, No. 33, Ens. Naco, Distrito Nacional |

|  |
| --- |
| 1. **Datos Relativo al asegurado fallecido (en solicitudes de supervivencia/sobrevivencia):** |
| * 1. **Primer Apellido Segundo Apellido Nombre** |
|  |
| * 1. **Apellido de nacimiento Nombre del padre Nombre de la madre** |
| * 1. **Fecha de Nacimiento Lugar de nacimiento** |
|  |
| * 1. **Sexo Nacionalidad** |
|  |
| * 1. **Estado Civil:** |
| **Fecha de matrimonio o de la unión marital de hecho\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| **Fecha del divorcio o de separación si es unión marital de hecho\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| * 1. **DNI/NIE :** |
| **Tipo de documento:** Cédula de Identidad dominicana  **No. de documento:** |
| * 1. **Domicilio Habitual:** |
| * 1. **Número de Afiliación a la Seguridad Social En España:** |
| **En Rep. Dom.** |

1. **Declaración de actividades laborales desarrolladas por el asegurado si las actividades son o no de alto riesgo.**
   1. **En España**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nombre de la empresa** | **Dirección y provincia** | **Desde** | **Hasta** | **Naturaleza de la actividad** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

* 1. **En República Dominicana.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nombre de la empresa** | **Desde** | **Hasta** | **Naturaleza de la actividad** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

1. **Datos sobre los períodos de seguro**

**4.1 Períodos de seguro de acreditados en España**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Desde** | **Hasta** | **Voluntarios** | **Obligatorios** | **Equivalentes** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **TOTAL** |  |  |  |  |

**4.2 Períodos de seguro acreditados en Rep. Dominicana**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Desde** | **Hasta** | **Voluntarios** | **Obligatorios** | **Equivalentes** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **TOTAL** |  |  |  |  |

1. **Determinación de la prestación a cargo de España**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Clase de prestación** | **Importe anual** | Número de pagas al año |
| 5.1  Por totalización Sin totalización  En caso de liquidación por totalización, número total de días tenidos en cuenta \_\_\_\_\_\_\_  Coeficiente prorrata \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  5.2 Motivos por los cuales no se abona ninguna prestación:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Sello: Firma:  Firma del Funcionario | | |

1. **Determinación de la prestación en República Dominicana**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Clase de prestación** | **Importe anual** | **Número de pagas al año** |
| **6.1**  **Por totalización Sin totalización**  **En caso de liquidación por totalización, número total de días tenidos en cuenta \_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Coeficiente prorrata \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **6.2 Motivos por los cuales no se abona ninguna prestación:**  **Sello:**  **Firma del Gestor Responsable ante el CNSS:**  **Fecha:** | | |