

SOLICITUD DE INDEMNIZACIÓN AL PERSONAL QUE PADEZCA DAÑOS FÍSICOS O PSÍQUICOS EN OPERACIONES INTERNACIONALES DE PAZ Y SEGURIDAD

- 1 Rellene este impreso de la forma más exacta posible y así facilitará la tramitación de su indemnización
- Antes de empezar a escribir, lea detenidamente todos los apartados y las instrucciones
- Escriba con claridad y en letras mayúsculas para evitar errores de interpretación. No olvide aportar la documentación necesaria

1 DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

Primer apellido		Segundo apellido		
<input type="text"/>		<input type="text"/>		
Nombre	DNI	NIF	Fecha de nacimiento	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Domicilio				
<input type="text"/>				
Localidad		Provincia	Código Postal	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	
País		Teléfono		
<input type="text"/>		<input type="text"/>		
Correo Electrónico				
<input type="text"/>				

2 DATOS PROFESIONALES

PERSONAL DE LAS FUERZAS ARMADAS

Ejército	Arma / Cuerpo / Escala	Empleo
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

PERSONAL DE LAS FUERZAS Y CUERPOS DE SEGURIDAD DEL ESTADO

OTRO PERSONAL

3 DATOS DE LA MISIÓN

Operación de paz y seguridad en la que se produjo la lesión	País
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fecha de la lesión	
<input type="text"/>	
Causa / Motivo de las lesiones (Breve descripción)	
<input type="text"/>	

4 PROCEDIMIENTO DE COBRO

TITULAR DE LA CUENTA:

BANCO/CAJA:

IBAN:

BIC:

5 DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL (INCAPACITACIÓN JUDICIAL) O VOLUNTARIO

Primer apellido

Segundo apellido

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Nombre

DNI

NIF

Otro documento (pasaporte, cédula...)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

AUTORIZO la verificación y cotejo de los datos económicos obrantes en la Agencia Estatal de la Administración Tributaria, en los términos establecidos en la O.M. 18-11-1999, así como la consulta de mis datos de identificación personal y residencia, con garantía de confidencialidad y a los exclusivos efectos de esta solicitud, en los Sistemas de Verificación de Datos de Identidad y de Residencia regulados, respectivamente, en las ORDENES PRE 3949/2006, de 26 de diciembre y PRE 4008/2006, de 27 de diciembre.

En caso de **no autorizar** la consulta, marque la siguiente casilla y presente fotocopia del DNI / NIF.

PRESTO CONSENTIMIENTO a la verificación y cotejo de los datos obrantes en la Agencia Estatal de la Administración Tributaria, en los términos establecidos en la O. M. 18-11-1999, así como a que los datos personales disponibles en la Tesorería General de la Seguridad Social y en otras oficinas públicas, que sean necesarios para resolver el expediente, puedan ser transmitidos o certificados telemáticamente a la Dirección General de Costes de Personal y Pensiones Públicas.

DECLARO bajo mi responsabilidad que son ciertos los datos consignados en la presente solicitud, en el conocimiento de las responsabilidades en que pudiera incurrir por falsedad en los mismos y **SOLICITO** mediante la firma del presente impreso que se dé curso a mi solicitud.

En _____, a _____ de _____ de 20____

Firma del/de la solicitante:

La Dirección General de Personal del Ministerio de Defensa le informa:

- Los datos personales aportados por Vd. para la resolución de su solicitud quedarán incorporados a un fichero informático que será custodiado por la Dirección General de Personal del Ministerio de Defensa. En cualquier momento puede ejercitar sus derechos de consulta, acceso, rectificación, cancelación y oposición en la dirección que figura en el pie de este impreso, de acuerdo a lo establecido en la Ley Orgánica 15/99 de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.
- La inclusión de datos falsos, así como la obtención fraudulenta de prestaciones, pueden ser constitutivas de delito.

CORREO ELECTRÓNICO:

pensiones@oc.mde.es

AREA DE PENSIONES
Paseo de la Castellana, 233
28046 - MADRID
TEL: 91.545.42.00
FAX: 91.545.41.50

DOCUMENTACIÓN QUE DEBE PRESENTAR CON LA SOLICITUD DE INDEMNIZACIÓN

Los documentos deben ser **originales** o **fotocopias compulsadas**

Documentación médica de que disponga relativa a la lesión / enfermedad.

Si actúa a través de representante voluntario:

Documento público o privado por el que se otorga PODER.

Certificado firmado y sellado por la Entidad Financiera correspondiente que acredite que el interesado es titular de la cuenta consignada en la solicitud para el pago de la indemnización.

Si se trata de un incapacitado judicialmente:

Resolución judicial declarando la incapacidad y designando tutor, DNI del tutor en vigor y NIF, si el DNI no tiene letra de control