

SOLICITUD DE RECLAMACIÓN DE MENSUALIDADES

DATOS DEL SOLICITANTE		
Primer Apellido	Segundo apellido	Nombre
Rut Chileno	DNI español /NIE / Pasaporte	
Domicilio (Calle, Nº, Casa o Depto, Comuna, País)		
Teléfono fijo	Fecha de nacimiento	Correo electrónico
Teléfono celular		
INFORMACIÓN SOBRE MENSUALIDADES FALTANTES		
Mes(es) de reclamación del periodo	Tipo de prestación	
	<input type="checkbox"/> Pensión Contributiva (mensual)	<input type="checkbox"/> Pensión asistencial (trimestral)
FORMA ELGIDA PARA LA REALIZACIÓN DEL PAGO		
<input type="checkbox"/> Transferencia bancaria		<input type="checkbox"/> Cheque
Nombre entidad:		
Cuenta bancaria:		
SWIFT:		
OBSERVACIONES		
		Documentación que aporta
		<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> DNI español <input type="radio"/> RUT chileno <input type="radio"/> Cartola bancaria <input type="radio"/> Otros:

En _____ a _____ de _____ de 20_____

FIRMA INTERESADO

Enviar a Dirección Provincial del INSS en _____

INFORMACIÓN IMPORTANTE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

De conformidad con lo establecido en el Reglamento General de Protección de Datos, Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril del 2016 se le INFORMA que sus datos personales recogidos en este formulario pasarán a formar parte del tratamiento cuyas características se exponen a continuación: El responsable del tratamiento es el titular de la Consejería de Trabajo, Migraciones y Seguridad Social en Chile, chile@mites.gob.es, el correo de contacto del delegado de protección de datos es dpd@mites.gob.es. Los fines que se persiguen con el tratamiento se refieren exclusivamente a la instrucción de las solicitudes realizadas por los ciudadanos ante esta Consejería en base a la normativa vigente en materia de Trabajo, Migraciones y Seguridad Social en España. Para ello podrán comunicarse estos datos a las autoridades españolas y argentinas que correspondan según el marco normativo del trámite. Los datos se conservarán durante el tiempo imprescindible para atender el servicio en base a la legislación administrativa respecto a la prescripción de responsabilidades. Tiene derecho a acceder, rectificar o suprimir sus datos, así como a retirar su consentimiento en cualquier momento. Así mismo tiene derecho a presentar una reclamación ante la Agencia Española de Protección de Datos, www.aepd.es. He leído y presto mi consentimiento.

En _____ a ____ de _____ de 20__

Firma _____