



Debe imprimir un único ejemplar y presentarlo en un Centro de Atención e Información de la Seguridad Social.  
Para facilitar su presentación solicite cita previa en el teléfono 901 10 65 70 o en [www.seg-social.es](http://www.seg-social.es)

Primer apellido	Segundo apellido	Nombre	DNI-NIE-Pasaporte
-----------------	------------------	--------	-------------------

EN RELACIÓN CON LA PENSIÓN QUE PERCIBE DESEA COMUNICAR LO SIGUIENTE:

**COMUNICACIÓN DE CAMBIO DE DOMICILIO (NUEVO DOMICILIO)**

Domicilio habitual: (calle, plaza)			Número	Bloque	Escalera	Piso	Puerta
Código postal	Localidad		Provincia				
País		Apartado de correos		Teléfono			
Teléfono móvil		Correo electrónico					

**RESIDENCIA FISCAL(\*)**

Provincia	País
-----------	------

(\*) Sólo deberá cumplimentar este apartado si desea modificar su residencia fiscal. Consulte en nuestras oficinas si debe solicitar el modelo de declaración a efectos del IRPF.

En caso contrario, se mantendrá la situación actual.

**DOMICILIO ANTIGUO (SÓLO EN ESPAÑA)**

Domicilio habitual: (calle, plaza)			Número	Bloque	Escalera	Piso	Puerta	Apdo. de correos
Código postal	Localidad		Provincia			País		

**COMUNICACIÓN DE CAMBIO DE DATOS BANCARIOS PARA EL ABONO DE LA PENSIÓN**

(\*) *Si usted reside en España*

NUEVOS DATOS BANCARIOS  código IBAN:	CÓDIGO PAÍS	CCC				
		ENTIDAD	OFICINA/SUCURSAL	D.CONTROL	NÚMERO DE CUENTA	

DATOS BANCARIOS ANTIGUOS	CCC				
	ENTIDAD	OFICINA/SUCURSAL	D.CONTROL	NÚMERO DE CUENTA	

Apellidos y nombre:

DNI - NIE - pasaporte



*Si usted reside en el extranjero* (pago en la modalidad de transferencia)

NUEVOS DATOS BANCARIOS

Nombre de la entidad bancaria	
Dirección de la oficina (calle, plaza)	Código postal
Localidad	

PAGO EN EL EXTRANJERO	cheque <input type="checkbox"/>	transferencia <input type="checkbox"/>	país .....
BIC: .....			
IBAN: .....			
CCC: .....			

(\*) Cumplimente también los datos de su domicilio y entidad bancaria antiguos.

**DECLARO** que son ciertos los datos incluidos en esta comunicación.

**NO AUTORIZO** al Instituto Nacional de la Seguridad Social a recabar electrónicamente los datos o documentos en poder de cualquier Administración necesarios para atender esta comunicación.

**NOTA IMPORTANTE:** Si ha marcado el recuadro anterior le pediremos que presente los documentos necesarios para atender esta comunicación. Si no los presenta en el plazo que le indiquemos consideraremos que desiste de la misma.

**CONSIENTO** que se utilicen el teléfono móvil y el correo electrónico para enviarme informaciones o efectuar trámites en materia de Seguridad Social.

..... a ..... de ..... de 20 .....

Firma del interesado,

20180530

6-053 cas

SR/A. DIRECTOR/A PROVINCIAL DEL INSS DE .....

**NOTA:** Los datos personales recogidos en este formulario serán incorporados y tratados en el fichero informático creado por la Orden Ministerial 27-7-1994 (BOE del día 29) para el cálculo, control y revalorización de la pensión, y permanecerán bajo custodia de la Dirección General del Instituto Nacional de la Seguridad Social. En cualquier momento podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición sobre los datos incorporados al mismo ante la dirección provincial o cualquier centro de atención e información del INSS (artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, BOE del día 14).