



## Solicitud de Prestación por Decesos

### Datos del colegiado:

Número de colegiado \_\_\_\_\_ DNI \_\_\_\_\_

Nombre y apellidos \_\_\_\_\_

### Datos del solicitante:

Nombre y apellidos \_\_\_\_\_ F.Nac. \_\_\_\_\_

DNI \_\_\_\_\_ Tlfno. \_\_\_\_\_ Móvil \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

CP \_\_\_\_\_ Población \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

*Solicita que, previo los trámites reglamentarios, le sea concedida la ayuda que proceda.*

*Por el mero hecho de suscribir esta propuesta, el peticionario acepta, sin derecho a ulterior reclamación, los acuerdos que para resolverla adopte la Fundación, y declara que lo expuesto (todos los datos) es absolutamente cierto.*

*Por control interno, en el caso de ayudas realizadas mediante cheque, transcurridos 90 días contados a partir de la emisión del mismo, procederemos a su anulación.*

*De conformidad con la L.O. 15/1999 de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, debemos informarle que los datos que nos proporciona pasarán a formar parte de los ficheros responsabilidad de esta Fundación para la gestión y pago de las ayudas, y serán comunicados al Colegio Oficial de Médicos de Tenerife y Administraciones Públicas para dar cumplimiento a sus obligaciones fiscales, con la confidencialidad y medidas de seguridad exigidas por la normativa. Podrá ejercitar, en relación con sus datos personales, los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiéndose a la sede de esta Fundación. Por la firma de este documento da su consentimiento para el tratamiento de sus datos con los fines arriba indicados.*

LA FUNDACION DECLARARA A HACIENDA LAS CANTIDADES ENTREGADAS A SUS BENEFICIARIOS/AS.

Firmado en \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
Firma del/a solicitante



**Definición:**

- Aportación para ayudas a los gastos por deceso.

**Destinatario:**

- Herederos legales del Médico Colegiado.

**Aportaciones:**

- Cantidad máxima por colegiado: 3.000 €

**Requisitos:**

- Quince últimos años de colegiación ininterrumpida en el COMTF (modalidad ordinaria de colegiación) y hasta el momento del fallecimiento.

**Documentación a aportar:**

- Formulario de solicitud debidamente cumplimentado y firmado (por alguno/a de los herederos/as legales).
- DNI del fallecido y el/los beneficiario/s.
- Certificado de defunción.
- Certificado de matrimonio o Libro de Familia.
- Certificado de últimas voluntades y Testamento si lo hubiera.
- Declaración de Herederos, si no hay otorgado Testamento.
- Fe de vida de los beneficiarios.

**Plazo:**

- En los tres primeros meses después de ocurrido el deceso.

**Incompatibilidades:**

- No tiene.

**Nota:**

- La concesión de la prestación/ayuda queda condicionada a la existencia de disponibilidad presupuestaria para la misma en el ejercicio correspondiente a la solicitud.

Firmado en \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
Firma del/a solicitante