

INSTRUCCIONES PARA CUMPLIMENTAR LA SOLICITUD

- 1.- DATOS DEL SOLICITANTE.-** Si va a solicitar una prestación en *nombre propio* solamente, rellene los datos del apartado 1.1. Si la solicitud, por el contrario, se formula a través de otra persona (por ser el interesado menor de edad o estar incapacitado, por ejemplo) rellene los datos que se piden como *representante legal* en el apartado 1.2, incluidos los personales. Si va a solicitar una prestación en *nombre propio* (por ejemplo, una pensión de viudedad para usted mismo) y alguna más como *representante legal* de otra persona (por ejemplo, una pensión de orfandad para sus hijos menores) rellene los datos de los apartados 1.1 y 1.2. No necesita repetir dos veces los datos personales. El término “equivalente” referido al viudo/a incluye tanto al ex-cónyuge divorciado del fallecido como a la pareja de hecho del mismo.
DATOS FISCALES. Si el futuro titular de la pensión tiene establecida su residencia fiscal (más de 180 días al año) en un país extranjero, o en una Comunidad o Ciudad Autónoma o un Territorio Foral distinto del lugar en donde solicita la pensión, debe indicarlo así ya que el tratamiento de retenciones a cuenta por IRPF puede ser diferente. Los pagos de pensión de alimentos por hijos pueden disminuir la base de cálculo a esos mismos efectos. Su declaración es totalmente voluntaria. También puede optar por suministrarlos directamente a la Administración Tributaria a fin de que sea ella la que calcule y comunique el cálculo del porcentaje de retención aplicable a su pensión (S.T.S. 18-3-2000 y 20-5-2000). La elección de **LENGUA COOFICIAL** sólo surtirá efectos en las comunidades autónomas que la tengan reconocida. El **DOMICILIO DE COMUNICACIONES** a efectos legales sólo debe indicarse cuando desee recibirlas en otro distinto del suyo habitual, incluidas las comunicaciones oficiales en las que se le pidan actuaciones en plazos determinados.
- 2.- DATOS DEL FALLECIDO.-** En el apartado "*Período elegido para el cálculo de la pensión*", que debe rellenar sólo si el fallecido **NO** era ya pensionista, ponga el período de 24 meses ininterrumpidos dentro de los últimos 15 años que considere más beneficioso para el cálculo de la pensión. Si lo desconoce o lo deja en blanco por otra causa tomaremos el que, a nuestro juicio, resulte más favorable para usted.
- 3.- COBRO DE LA PENSIÓN.-** Cruce con un aspa la fórmula por la que desea que le hagamos llegar el importe de su pensión. Si desea añadir alguna circunstancia importante para el trámite de su pensión de viudedad, hágalo en el apartado de alegaciones.
- 4.- VIUEDAD.-** Pueden solicitar esta pensión las personas que:
 - estuvieran casadas con el fallecido en el momento del fallecimiento.
 - su matrimonio con el fallecido hubiera sido declarado nulo y hubieran percibido indemnización por ello;
 - estuvieran separadas o divorciadas del fallecido, siempre que tuvieran derecho a pensión compensatoria que se extinguiera con el fallecimiento;
En los 3 casos el vínculo matrimonial ha debido durar al menos 1 año si el fallecimiento se ha debido a enfermedad común sobrevenida antes de contraer matrimonio, salvo que tuvieran hijos comunes o hubieran convivido determinado tiempo antes del matrimonio como pareja de hecho inscrita en un Registro.
 - fueran pareja de hecho del fallecido, siempre que el fallecimiento se hubiera producido a partir de 1-1-2008, hubieran convivido al menos cinco años y acreditaran la existencia de la pareja de hecho, a través de la inscripción en un registro específico o de la formalización de escritura pública, con un mínimo de dos años de antelación al fallecimiento;
Hubieran convivido con el fallecido durante los 6 años inmediatamente anteriores al fallecimiento cuando éste se hubiera producido con anterioridad a 1-1-2008 y cumplan los restantes requisitos que marcan la ley.
La información de las personas que conviven con el futuro pensionista y a su cargo se precisa para incluirlas en su cartilla de asistencia sanitaria, siempre que no reciban ya esa atención por derecho propio, y para determinar la existencia de cargas familiares (haga constar también los hijos mayores de edad que soliciten pensión de orfandad en su propio nombre). En los ingresos que consignent deben incluir las pensiones que perciban e incluir los conceptos indicados en el apartado 4.2 del formulario.
Los datos referentes a estado civil, discapacidades y tiempo de convivencia de los hijos y ascendientes se utilizan para calcular correctamente la retención por IRPF y pueden disminuir su cuantía, excepto en los territorios forales; su cumplimentación es totalmente voluntaria. También puede optar por suministrar estos datos directamente a la Administración Tributaria. Sólo a estos efectos y no para el reconocimiento de la asistencia sanitaria podrán identificarse los extranjeros mediante pasaporte.
- 5. y 6. DATOS DE HIJOS QUE NO CONVIVEN CON EL SOLICITANTE E HIJOS FALLECIDOS.-** Requeridos por algunos organismos extranjeros.
- 7.- AUXILIO POR DEFUNCIÓN.-** Si se ha hecho cargo de los gastos de sepelio, puede solicitar aquí esta prestación.
- 8.- ALEGACIONES.-** Si quiere añadir algo que considere importante para tramitar su pensión y no vea recogido en el formulario, póngalo en este apartado de la forma más breve y concisa posible.
- 9.- ORFANDAD.-** Identifique con todos sus datos a cada uno de los huérfanos para los que se solicita pensión de orfandad, incluso si se trata del huérfano mayor de edad que solicita en nombre propio y que figuraría ya en el apartado 1.1. Los ingresos previstos para este año se requieren a efectos de un posible complemento a mínimos de la cuantía de la pensión. Si los huérfanos lo son de padre y madre (huérfanos absolutos) ponga los datos del otro progenitor fallecido, porque este hecho podrá influir en la cuantía de la pensión a percibir.
- 10.- CONSULTE la instrucción número 7.**
- 11.- CONSULTE la instrucción número 8.**
- 12.- EN FAVOR DE FAMILIARES.-** Identifique a cada una de las personas para las que se solicite la prestación, incluso si se trata del familiar que la solicita en nombre propio y que figuraría ya en el apartado 1.1, que hayan convivido con el fallecido como mínimo durante los dos años anteriores a la fecha del fallecimiento y dependieran económicamente de él (esta situación ha de ser suficientemente probada mediante la acreditación de ingresos del solicitante, y en su caso, de los familiares con obligación de prestarle alimentos). Si el fallecido no deja cónyuge o hijos con derecho a pensión de viudedad u orfandad respectivamente, indíquelo así porque esta circunstancia puede incrementar el importe de su posible pensión.
- 13.- CONSULTE la instrucción número 7.**
- 14.- CONSULTE la instrucción número 8.**

ANEXO PAÍSES



PRESTACIONES DE SUPERVIVENCIA (REGLAMENTOS COMUNITARIOS)

ATENCIÓN: Antes de empezar a cumplimentar esta solicitud lea detenidamente todos los apartados y las instrucciones sobre cada uno de ellos. Rellene el impreso de la forma más completa y exacta posible, ya que así facilitará el trámite de su prestación.

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

DATOS A CUMPLIMENTAR SIEMPRE

1. DATOS DEL SOLICITANTE

| | | | | | | | | | | | |
|--|-----------|----------|-----------------------|--|-----------------------------------|--------|--|--------------|-----------------------------|------------------|----------------|
| 1.1 ACTÚA EN NOMBRE PROPIO POR SER EL: <input type="checkbox"/> Viudo/a o equivalente <input type="checkbox"/> Huérfano <input type="checkbox"/> Otro familiar del fallecido | | | | | | | | | | | |
| ESPAÑOLES Y PORTUGUESES | | | | | OTRAS NACIONALIDADES | | | | | | |
| Primer apellido | | | | | Apellido adquirido por matrimonio | | | | | | |
| Segundo apellido | | | | | Apellido de nacimiento | | | | | | |
| Nombre | | | | | Nombre | | | | | | |
| DNI - NIE - pasaporte | | | | | DNI - NIE - pasaporte | | | | | | |
| Domicilio habitual: (calle o plaza) | | | | | Núm. | Bloque | Escalera | Piso | Puerta | Teléfono fijo | Teléfono móvil |
| Código postal | Localidad | | | | Provincia/Departamento | | | | País de residencia habitual | | |
| 1.2 ACTÚA COMO REPRESENTANTE LEGAL DE: Viudo/a o equivalente <input type="checkbox"/> Huérfano/s <input type="checkbox"/> Otro/s familiar/es del fallecido <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | |
| Es usted: Titular de patria potestad <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Tutor institucional <input type="checkbox"/> Graduado social <input type="checkbox"/> Gestor Administ. <input type="checkbox"/> Otros apoderados <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | |
| Si actúa en nombre de una entidad pública, indique: Cargo que ostenta | | | | | | | | | | | |
| Nombre o razón social CIF: | | | | | | | | | | | |
| (SI HA RELLENADO TAMBIÉN LOS DATOS DEL PUNTO 1.1 NO ES NECESARIO QUE CUMPLIMENTE MÁS DATOS DE ESTE APARTADO) | | | | | | | | | | | |
| Primer apellido | | | Segundo apellido | | | | Nombre | | | | |
| Fecha nacimiento | Sexo | E. civil | DNI - NIE - Pasaporte | | Nº de la Seguridad Social | | | Nacionalidad | | | |
| Domicilio habitual: (calle o plaza) | | | | | Núm. | Bloque | Escalera | Piso | Puerta | Teléfono fijo | Teléfono móvil |
| Código postal | Localidad | | | | Provincia/Departamento | | | | País de residencia habitual | | |
| 1.3 DATOS FISCALES DEL FUTURO TITULAR DE LA PENSIÓN DE VIUDEDAD O EN FAVOR DE FAMILIARES | | | | | | | | | | | |
| Residencia fiscal: Provincia | | | | | | | País extranjero | | | | |
| - Si sus padres (o abuelos) conviven durante el año con otros hijos (o nietos), indique su número | | | | | | | Si su residencia fiscal está en TERRITORIO FORAL, a efectos de retención por IRPF desea que se le aplique: | | | | |
| - Cuantía anual de pensión compensatoria a favor del cónyuge: € | | | | | | | <input type="checkbox"/> Tabla general. Nº de hijos | | | | |
| - Cuantía anual de alimentos a favor de los hijos: € | | | | | | | <input type="checkbox"/> Tabla de pensionistas | | | | |
| - Tipo voluntario de retención por IRPF: % | | | | | | | <input type="checkbox"/> Tipo voluntario: % | | | | |
| - Si está pagando préstamos por adquisición o rehabilitación de su vivienda habitual, marque una de las siguientes casillas, si es su caso: | | | | | | | | | | | |
| Si está Vd. efectuando pagos por préstamos destinados a la adquisición o rehabilitación de su vivienda habitual por los que vaya a tener derecho a deducción por inversión en vivienda habitual en el IRPF y la cuantía total de sus retribuciones íntegras en concepto de rendimientos del trabajo, incluidas ésta y otras pensiones procedentes de todos sus pagadores es inferior a 33.007,20 euros anuales, marque con una "X" esta casilla. <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | |
| 1.4 LENGUA COOFICIAL en la que desea recibir su correspondencia: | | | | | | | | | | | |
| 1.5 DOMICILIO DE COMUNICACIONES A EFECTOS LEGALES (sólo si es distinto del indicado anteriormente) | | | | | | | | | | | |
| Domicilio habitual: (calle o plaza) | | | | | Núm. | Bloque | Escalera | Piso | Puerta | Teléfono fijo | Teléfono móvil |
| Código postal | Localidad | | | | Provincia/Departamento | | | | País | Apdo. de correos | |
| 1.6 SI DESEA recibir información por correo electrónico, indíquenos su dirección: | | | | | | | | | | | |

Apellidos y nombre del solicitante:

Núm. DNI-NIE-pasaporte del solicitante: ②

2. DATOS DEL FALLECIDO (A CUMPLIMENTAR SIEMPRE)

| | | | | | | | | | | |
|---|--|--------------------------|--|------------------------|---|--------------------------|------------------------------------|-----------------------------|--------------------|----------------|
| 2.1 DATOS PERSONALES | | | | | | | | | | |
| ESPAÑOLES Y PORTUGUESES | | | | | OTRAS NACIONALIDADES | | | | | |
| Primer apellido | | | | | Apellido familiar | | | | | |
| Segundo apellido | | | | | Apellido de soltera | | | | | |
| Nombre | | | | | Nombre | | | | | |
| Nº DNI-NIF-pasaporte | | | | | Nº DNI-NIF-pasaporte | | | | | |
| | | | | | Apellidos anteriores | | | | | |
| Fecha de nacimiento | | | Lugar de nacimiento (localidad, provincia o departamento y país) | | | | Nº de la Seguridad Social española | | | |
| Nombre del padre | | | | | Nombre de la madre | | | | | |
| Sexo Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> | | | Nacionalidad | | | Fecha de nacionalización | | | | |
| Domicilio habitual: (calle o plaza) | | | | Núm. | Bloque | Escalera | Piso | Puerta | Teléfono fijo | Teléfono móvil |
| Código postal | | Localidad | | | Provincia/Departamento | | | País de residencia habitual | | |
| ¿COBRABA O HABÍA SOLICITADO ALGUNA PRESTACIÓN ECONÓMICA? NO <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | |
| Tipo de prestación | | Había solicitado | La cobra | Organismo que la abona | | | | Fecha de efectos | Fecha de extinción | |
| Vejez | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | |
| Incapacidad permanente | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | |
| Incapacidad temporal | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | |
| Desempleo | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | |
| Otra | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | |
| EL FALLECIDO ¿Había solicitado una devolución de cotizaciones? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | |
| 2.2 DATOS DE FALLECIMIENTO | | | | | | | | | | |
| Fecha de defunción | | | Lugar (localidad, provincia o departamento y país) | | | | | | | |
| Indique la causa del fallecimiento: Enfermedad común <input type="checkbox"/> Accidente no laboral <input type="checkbox"/> Accidente de trabajo <input type="checkbox"/> Enfermedad profesional <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | |
| ¿Existe un tercero responsable del fallecimiento? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | | | | | En caso de desaparición por accidente: fecha de las últimas noticias | | | | | |
| Circunstancias de la desaparición | | | | | | | | | | |
| 2.3 DATOS DE SITUACIÓN LABORAL DEL FALLECIDO (a cumplimentar SÓLO si el fallecido NO era pensionista) | | | | | | | | | | |
| ¿Trabajaba cuando falleció? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | |
| Causa por la que no trabajaba: Era trabajador en excedencia <input type="checkbox"/> Trabajador de temporada <input type="checkbox"/> Estaba enfermo o accidentado <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | |
| Estaba desempleado <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> (indique cual) | | | | | | | | | | |
| ¿Tenía Convenio Especial con la Seguridad Social Española? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | |
| Si cotizó alguna vez al Régimen de Clases pasivas del Estado: Provincia | | | | | | | | | | |
| 2.4 PERÍODO ELEGIDO PARA EL CÁLCULO DE LA PENSIÓN: | | | | | Desde Hasta | | | | | |

2.5 DATOS SOBRE PERÍODOS TRABAJADOS Y/O SIN ACTIVIDAD LABORAL DEL FALLECIDO

¿HA TENIDO PERÍODOS SIN ACTIVIDAD EN OTROS PAÍSES? NO SÍ Indique los datos

| Desde (Año) | Hasta (Año) | Residencia estudios realizados a partir de los 16 años y otros motivos de los períodos sin actividad (convenio especial, enfermedad, desempleo, ama de casa, etc.) | Localidad | País |
|----------------|----------------|--|-----------|------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

PERÍODOS CON ACTIVIDAD LABORAL EN OTROS PAÍSES Indique los datos aunque se trate de un país no miembro de la Unión Europea o del Espacio Económico Europeo o de Suiza

| PERÍODOS | | Profesión o tipo de actividad | Por cuenta ajena | Por cuenta propia | Nombre y dirección de la empresa | Número de afiliación o equivalente | Institución o régimen de seguro (mutualidades, cajas de seguro, etc.) | Tipo de seguro (oblig., voluntario, facultativo, etc.) | Localidad y país de ejercicio de la actividad | Localidad y país de residencia durante la actividad |
|----------|-------|-------------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------------------|------------------------------------|---|--|---|---|
| Desde | Hasta | | | | | | | | | |
| | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | |
| | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | |
| | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | |
| | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | |
| | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | |
| | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | |
| | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | |
| | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | |

Apellidos y nombre:

Núm. DNI-NIE-pasaporte: ③

Apellidos y nombre:

Núm. DNI-NIE-pasaporte: ④

3. COBRO DE LA PRESTACIÓN (A CUMPLIMENTAR SIEMPRE)

| | | | | | |
|---|--|---|----------------------|--------------------------------------|-----|
| PAGO EN ESPAÑA (Banco o Caja de Ahorro) | | | | | |
| BIC: | En ventanilla <input type="checkbox"/> | En cuenta del: Futuro titular de la prestación (1.1) <input type="checkbox"/> | | Tutor (1.2) <input type="checkbox"/> | |
| IBAN: (antigua cuenta corriente) | CÓDIGO PAÍS | ENTIDAD | OFICINA/ SUCURSAL | NÚMERO DE CUENTA | |
| | | | | D. CONTROL | CCC |
| | | | | | |
| PAGO EN EL EXTRANJERO | | | | | |
| | Cheque <input type="checkbox"/> | Transferencia <input type="checkbox"/> | País | | |
| | BIC/SWIFT | | | | |
| | IBAN: | | | | |

ALEGACIONES

DECLARO, bajo mi responsabilidad, que son ciertos los datos que consigno en la presente solicitud, manifestando que quedo enterado de la obligación de comunicar al Instituto Social de la Marina cualquier variación que de los mismos pudiera producirse en lo sucesivo, y

AUTORIZO, la consulta de los datos de identificación personal a través del Servicio de Verificación de Datos de Identidad y de los datos de domicilio a través del Servicio de Verificación de Datos de Residencia, así como la verificación y cotejo de los datos económicos declarados con los de carácter tributario obrantes en la A.E.A.T., en los términos establecidos en la O.M. 18-11-99 (BOE del día 30), o en cualquier otro Organismo que tuviera atribuida la competencia sobre ellos, en todo caso con garantía de confidencialidad y a los exclusivos efectos de esta solicitud, en el caso de acceso informatizado a dichos datos.

SOLICITO, mediante la firma del presente impreso, que se dé curso a esta petición de prestación de supervivencia, adoptando para ello todas las medidas conducentes a su mejor resolución.

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

Firma

Apellidos y nombre:

Núm. DNI-NIE-pasaporte: ⑤

4. VIUDEDAD

| 4.1 DATOS DE LA PERSONA PARA LA QUE SE SOLICITA LA PENSIÓN | | | | | | | |
|--|--|--|---------------------------------------|-----------------------------------|---|-----------------------------|-----------------------------|
| ESPAÑÓLES Y PORTUGUESES | | | | OTRAS NACIONALIDADES | | | |
| Primer apellido | | | | Apellido adquirido por matrimonio | | | |
| Segundo apellido | | | | Apellido de nacimiento | | | |
| Nombre | | | | Nombre | | | |
| | | | | Apellidos anteriores | | | |
| Fecha de nacimiento | Sexo | Estado civil actual | Está incapacitado judicialmente | SÍ <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | Nombre de: | |
| Día | Hombre <input type="checkbox"/> | Soltero/a <input type="checkbox"/> | Tiene reconocida discapacidad | | Padre | Nº DNI - NIE - Pasaporte | |
| | | Casado/a <input type="checkbox"/> | de 33% a 64% <input type="checkbox"/> | | | Nº de la Seguridad Social | |
| Mes | Mujer <input type="checkbox"/> | Viudo/a <input type="checkbox"/> | más de 64% <input type="checkbox"/> | | Madre | Nacionalidad | |
| ..... |  | Separado/a legalmente <input type="checkbox"/> | Necesita ayuda: | | | Teléfono | |
| Año | | Divorciado/a <input type="checkbox"/> | De 3ª persona | | | | SÍ <input type="checkbox"/> |
| ..... |  |  | Por movilidad reducida | | SÍ <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | |
| Relación con el fallecido | | Fechas documentadas de su relación con el fallecido | | | Tras su relación con el fallecido | | |
| Casado/a <input type="checkbox"/> | | De celebración del matrimonio | | | Se ha casado <input type="checkbox"/> | | |
| Separado/a legalmente <input type="checkbox"/> | | De inscripción como pareja de hecho | | | Ha tenido pareja de hecho: <input type="checkbox"/> | | |
| Divorciado/a <input type="checkbox"/> | | De inicio de convivencia previa a la inscripción como pareja de hecho | | | Inscrita en Registro SÍ <input type="checkbox"/> | | |
| Matrimonio nulo <input type="checkbox"/> | | De cese de convivencia por causa distinta al fallecimiento | | | NO <input type="checkbox"/> | | |
| Pareja de hecho <input type="checkbox"/> | | | | | Tuvo hijos comunes con el fallecido | | |
| | | | | | SÍ <input type="checkbox"/> | | |
| | | | | | NO <input type="checkbox"/> | | |
| Si estaban separados o divorciados | Si el matrimonio fue nulo | Si eran pareja de hecho | Solicitante | | Fallecido | | |
| ¿Tenía usted derecho a cobrar pensión a cargo del fallecido, extinguida por el fallecimiento? | ¿Percibió usted indemnización por esa causa? | Estaban entonces casados o separados de otra persona | SÍ <input type="checkbox"/> | | NO <input type="checkbox"/> | | |
| SÍ <input type="checkbox"/> | SÍ <input type="checkbox"/> | Ingresos acreditados obtenidos durante el año anterior al fallecimiento | € | | € | | |
| | | Ingresos en el año del fallecimiento | € | | | | |
| SI EL SOLICITANTE ES MUJER. En el supuesto de que se encuentre embarazada en el momento de la solicitud, indique la fecha prevista del parto: | | | | | | | |
| DATOS DE SITUACIÓN LABORAL | | | | | | | |
| ¿Trabaja actualmente? por cuenta ajena <input type="checkbox"/> | | | NO | SÍ | ¿DESDE CUÁNDO? | | |
| por cuenta propia <input type="checkbox"/> | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| ¿Ha ejercido actividad profesional? | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| País | | | desde | | hasta | | |
| ¿Cobra incapacidad temporal? | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| ¿Cobra incapacidad? | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| ¿Cobra desempleo? | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| ¿Estaba a cargo del/la asegurado/a fallecido/a? | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| ¿Está incapacitado/a para el trabajo? | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| ¿Necesita a otra persona para realizar los actos esenciales de su vida? | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| ¿COBRA O HA SOLICITADO OTRAS PRESTACIONES DE ORGANISMOS ESPAÑÓLES O EXTRANJEROS? | | | | | | NO <input type="checkbox"/> | SÍ <input type="checkbox"/> |
| Tipo de prestación | Había solicitado | La cobra | Organismo que la abona | | | Cuantía mensual | |
| Vejez | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | |
| Incapacidad permanente | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | |
| Incapacidad temporal | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | |
| Desempleo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | |
| Otra | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | |
| ¿Ha solicitado u obtenido una devolución de cotizaciones? NO <input type="checkbox"/> | | | | | | | |
| SÍ <input type="checkbox"/> | | | | | | | |

Apellidos y nombre:

Núm. DNI-NIE-pasaporte: ⑥

¿HA SOLICITADO EN OTRO PAÍS LA INSCRIPCIÓN A UN SEGURO VOLUNTARIO O FACULTATIVO CONTINUADO?

NO SÍ ¿En que país? ¿Para qué prestación? Incapacidad Vejez Defunción **4.2 DATOS SOBRE SU FUTURA PENSIÓN**

Ingresos que previsiblemente obtendrá el futuro titular durante el año actual, distintos de la pensión de viudedad. Si prevé que van a ser iguales a los del año anterior ponga esa cantidad. Si no tiene ingresos ponga "0" (información necesaria a efectos del reconocimiento de un posible complemento a mínimos o de un posible incremento del porcentaje aplicable a la base reguladora de la pensión).

| Rendimientos netos de trabajos o actividades profesionales o empresariales | Rendimientos brutos de capital mobiliario o inmobiliario | Ganancias patrimoniales (saldo neto positivo) | Pensiones públicas de organismos extranjeros | |
|--|--|---|--|------|
| | | | Importe bruto | País |
| € | € | € | € | |

4.3 DATOS DE HIJOS PARA LOS QUE NO SE SOLICITE PENSIÓN DE ORFANDAD EN LA PÁGINA 7, ACOGIDOS LEGALES Y OTROS FAMILIARES Y PERSONAS QUE CONVIVAN CON EL VIUDO/A O EQUIVALENTE Y A SU CARGO

| | | | | |
|--|---|---|---|---|
| 1er apellido | ..... | ..... | ..... | ..... |
| 2º apellido | ..... | ..... | ..... | ..... |
| Nombre | ..... | ..... | ..... | ..... |
| Parentesco | | | | |
| Nacionalidad | | | | |
| DNI-NIE-pasaporte | | | | |
| Nº de la Seg. Social | | | | |
| Fecha de nacimiento y estado civil | E. civil | E. civil | E. civil | E. civil |
| Discapacidad y ayuda de 3ª persona o movilidad reducida | de 33% a 64% <input type="checkbox"/> Ayuda más de 64% <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | de 33% a 64% <input type="checkbox"/> Ayuda más de 64% <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | de 33% a 64% <input type="checkbox"/> Ayuda más de 64% <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | de 33% a 64% <input type="checkbox"/> Ayuda más de 64% <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| Si su hijo no es del fallecido ¿vive su otro progenitor? | SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| Fecha de adopción o acogimiento en su caso | | | | |
| Meses al año que convive con usted | | | | |
| Rentas anuales de trabajo | € | € | € | € |
| Otras rentas anuales y/o pensiones | € | € | € | € |
| Es funcionario de alguna Adm. Pública | SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |

5. DATOS DE HIJOS QUE NO CONVIVEN CON EL SOLICITANTE

| Apellidos y nombre | Dirección | Nº DNI- NIE | Fecha de nacimiento |
|--------------------|-----------|-------------|---------------------|
| | | | |
| | | | |

6. HIJOS FALLECIDOS

| Apellidos y nombre | Nº DNI- NIE | Fecha de fallecimiento |
|--------------------|-------------|------------------------|
| | | |
| | | |

7. ¿SOLICITA AUXILIO POR DEFUNCIÓN? SÍ NO **8. ALEGACIONES**

| |
|--|
| |
|--|

Apellidos y nombre:

Núm. DNI-NIE-pasaporte: ⑦

9. ORFANDAD

| 9.1 | DATOS DE LOS HIJOS PROPIOS (P) DEL FALLECIDO, DE LOS HIJOS APORTADOS (A) AL MATRIMONIO POR EL CÓNYUGE SOBREVIVIENTE Y DE LOS HIJOS COMUNES (C) DE AMBOS PARA LOS CUALES SE SOLICITA LA PENSIÓN | | | | | | | | | | | |
|---|--|---|---|---|---------------------------------------|---|---|---|---------------------------------------|---|----------|---|
| | Hijo 1 | | | Hijo 2 | | | Hijo 3 | | | Hijo 4 | | |
| | P | A | C | P | A | C | P | A | C | P | A | C |
| 1 ^{er} apellido | ..... |  |  | ..... |  |  | ..... |  |  | ..... |  |  |
| 2 ^o apellido | ..... |  |  | ..... |  |  | ..... |  |  | ..... |  |  |
| Nombre | ..... |  |  | ..... |  |  | ..... |  |  | ..... |  |  |
| Domicilio: Calle, nº | | | | | | | | | | | | |
| Localidad | | | | | | | | | | | | |
| País | | | | | | | | | | | | |
| Fecha de nacimiento | | | | | | | | | | | | |
| DNI-NIE-pasaporte | | | | | | | | | | | | |
| Sexo y E. Civil en la fecha del fallecimiento | Sexo | E. civil | | Sexo | E. civil | | Sexo | E. civil | | Sexo | E. civil | |
| Nº de la Seg. Social | | | | | | | | | | | | |
| Está incapacitado laboralmente | SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | | | SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | | | SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | | | SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | | |
| Está incapacitado judicialmente | SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | | | SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | | | SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | | | SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | | |
| Discapacidad y ayuda de 3ª persona o movilidad reducida | de 33% a 64% <input type="checkbox"/> | Ayuda más de 64% <input type="checkbox"/> | | SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | de 33% a 64% <input type="checkbox"/> | Ayuda más de 64% <input type="checkbox"/> | | SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | de 33% a 64% <input type="checkbox"/> | Ayuda más de 64% <input type="checkbox"/> | | SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| Rentas de trabajo mensuales | € | | | € | | | € | | | € | | |
| Tiene otra pensión española | SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | | | SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | | | SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | | | SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | | |
| Tiene asig. económica por ser hijo a cargo | SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | | | SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | | | SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | | | SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | | |
| Si es hijo aportado ¿vive su otro progenitor? | SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | | | SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | | | SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | | | SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | | |
| Tiene familiar con obligación de alimentos | SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | | | SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | | | SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | | | SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | | |
| Convivió con el fallecido y a su cargo | SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | | | SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | | | SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | | | SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | | |
| Estudia actualmente | SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | | | SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | | | SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | | | SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | | |
| Fecha de adopción o acogimiento en su caso | | | | | | | | | | | | |

Si los hijos son aportados por el cónyuge sobreviviente, fecha de celebración del matrimonio con el fallecido

Ingresos que previsiblemente obtendrá el futuro titular durante todo el año actual, distintos de la pensión de orfandad. Si prevé que van a ser iguales a los del año anterior ponga esa cantidad. Si no tiene ingresos ponga "0":

| Perceptor de los ingresos | Rendimientos netos de trabajos o actividades profesionales o empresariales | Rendimientos brutos de capital mobiliario o inmobiliario | Ganancias patrimoniales (saldo neto positivo) | Pensiones públicas de organismos extranjeros | |
|---------------------------|--|--|---|--|------|
| | | | | Importe bruto | País |
| Hijo 1 | € | € | € | € | |
| Hijo 2 | € | € | € | € | |
| Hijo 3 | € | € | € | € | |
| Hijo 4 | € | € | € | € | |

Apellidos y nombre:

Núm. DNI-NIE-pasaporte: ⑧

OTROS FAMILIARES QUE CONVIVÍAN

| | | | | |
|---|---|--|---|--|
| 1er apellido | ..... | ..... | ..... | ..... |
| 2º apellido | ..... | ..... | ..... | ..... |
| Nombre | ..... | ..... | ..... | ..... |
| Fecha de nacimiento. | | | | |
| DNI-NIE-pasaporte | | | | |
| Sexo y Estado Civil | Sexo | E. civil | Sexo | E. civil |
| Fecha de adopción o acogimiento en su caso | | | | |
| Parentesco | | | | |
| Nacionalidad | | | | |
| Discapacidad y ayuda de 3ª persona o movilidad reducida | de 33% a 64% <input type="checkbox"/> más de 64% <input type="checkbox"/> | Ayuda <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | de 33% a 64% <input type="checkbox"/> más de 64% <input type="checkbox"/> | Ayuda <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| Meses al año que convive con usted | | | | |
| Ingresos anuales previstos para el ejercicio | € | € | € | € |

9.2 DATOS DEL OTRO PROGENITOR FALLECIDO (si los huérfanos lo son de padre y madre)

| | |
|--------------------|----------------------|
| Fecha de defunción | Primer apellido |
| Segundo apellido | Nombre |
| | Nº DNI-NIE-pasaporte |

10. ¿SOLICITA AUXILIO POR DEFUNCIÓN? (sólo si no se ha pedido ya por usted o por otra persona)

SÍ NO

11. ALEGACIONES

Apellidos y nombre:

Núm. DNI-NIE-pasaporte: ⑨

12. EN FAVOR DE FAMILIARES

| 12.1 | DATOS PERSONALES Y ECONÓMICOS DE LAS PERSONAS PARA LAS QUE SE SOLICITA LA PRESTACIÓN | | | | | | | | |
|--|--|--|---|---|---|---|---|---|--|
| ESPAÑOLES Y PORTUGUESES | | Familiar 1 | | Familiar 2 | | Familiar 3 | | Familiar 4 | |
| 1 ^{er} apellido | ..... |  | ..... |  | ..... |  | ..... |  |  |
| 2 ^o apellido | ..... |  | ..... |  | ..... |  | ..... |  |  |
| Nombre | ..... |  | ..... |  | ..... |  | ..... |  |  |
| Domicilio: Calle, nº | | | | | | | | | |
| Localidad | | | | | | | | | |
| País | | | | | | | | | |
| OTRAS NACIONALIDADES | | | | | | | | | |
| Apellido familiar | ..... |  | ..... |  | ..... |  | ..... |  |  |
| Apellido nacimiento | ..... |  | ..... |  | ..... |  | ..... |  |  |
| Nombre | ..... |  | ..... |  | ..... |  | ..... |  |  |
| Fecha de nacimiento | | | | | | | | | |
| DNI-NIE-pasaporte | | | | | | | | | |
| Sexo y E. Civil | Sexo | E. civil | Sexo | E. civil | Sexo | E. civil | Sexo | E. civil | |
| Nº de la Seg. Social | | | | | | | | | |
| Nacionalidad | | | | | | | | | |
| Parent. con el fallecido | | | | | | | | | |
| Convivió a su cargo desde | | | | | | | | | |
| Se dedica a su cuidado | SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | | SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | | SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | | SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | | |
| Está incapacitado laboralmente | SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | | SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | | SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | | SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | | |
| Está incapacitado judicialmente | SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | | SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | | SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | | SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | | |
| Discapacidad y ayuda de 3 ^a persona o movilidad reducida | de 33% a 64% <input type="checkbox"/> | Ayuda | de 33% a 64% <input type="checkbox"/> | Ayuda | de 33% a 64% <input type="checkbox"/> | Ayuda | de 33% a 64% <input type="checkbox"/> | Ayuda | |
| | más de 64% <input type="checkbox"/> | SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | más de 64% <input type="checkbox"/> | SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | más de 64% <input type="checkbox"/> | SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | más de 64% <input type="checkbox"/> | SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | |
| Tiene pensión española | SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | | SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | | SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | | SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | | |
| Tiene familiar con obligación de alimentos | SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | | SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | | SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | | SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | | |
| Ingresos anuales de ese familiar | € | | € | | € | | € | | |
| Ingresos que previsiblemente obtendrá el futuro titular durante todo el año actual, distintos de la pensión de orfandad. Si prevé que van a ser iguales a los del año anterior ponga esa cantidad. Si no tiene ingresos ponga "0": | | | | | | | | | |
| Perceptor de los ingresos | Rendimientos netos de trabajos o actividades profesionales o empresariales | Rendimientos brutos de capital mobiliario o inmobiliario | Ganancias patrimoniales (saldo neto positivo) | Pensiones públicas de organismos extranjeros | | | | | |
| | | | | Importe bruto | País | | | | |
| Familiar 1 | € | € | € | € | | | | | |
| Familiar 2 | € | € | € | € | | | | | |
| Familiar 3 | € | € | € | € | | | | | |
| Familiar 4 | € | € | € | € | | | | | |

13. ¿SOLICITA AUXILIO POR DEFUNCIÓN? (sólo si no se ha pedido ya por usted o por otra persona) SÍ NO

14. ALEGACIONES

ANEXO PAÍSES

Apellidos y nombre:

Núm. DNI-NIE-pasaporte: ⑩

DATOS ESPECÍFICOS DE ALGUNOS PAÍSES DE LA UNIÓN EUROPEA, DEL ESPACIO ECONÓMICO EUROPEO Y SUIZA
(rellene los apartados correspondientes a los países en los que haya trabajado)**ALEMANIA:**

Tarjeta de cotización (original). Documentación de los trabajos, contratos (original), salvo que sea pensionista.

Es importante que haga constar en los apartados 4, 5 ó 6 todos los hijos que haya tenido, aunque sean mayores de edad, pues podría tener derecho a que se le reconozcan períodos de seguro por embarazo y maternidad según la ley alemana, que pueden influir en la cuantía de su pensión.

Es importante que cumplimente los apartados 3, 4 y 5. En caso de que continúe estudiando o trabajando con un contrato de aprendizaje, aporte documentación justificativa

AUSTRIA:

Núm. de afiliación a la Seguridad Social austríaca

BÉLGICA: Indique la fecha de inicio del estado civil del fallecido:Casado Separado Viudo Divorciado **BULGARIA:** Documentos originales que confirmen la antigüedad laboral (cartilla laboral, cartilla de servicio y cartilla del seguro) así como el impreso UP/2 emitido por el asegurador.**DINAMARCA:**

Última dirección del fallecido en Dinamarca:

Última dirección del/la solicitante en Dinamarca:

Núm. de afiliación (CPR y/o ATP):

FINLANDIA:

Núm. de afiliación a la Seguridad Social finlandesa:

FRANCIA:Indique si el fallecido era titular de una pensión en la fecha de celebración del matrimonio NO SÍ Rég. de la pensión Por cuenta ajena – Tarjeta de inmatriculación releve de compte, contratos, etc. Por cuenta propia

En el supuesto de ausencia del fallecido indique la fecha de declaración de la desaparición a las autoridades de la policía

¡IMPORTANTE! La información sobre los hijos puede suponer un aumento de la cuantía de su pensión francesa.¿Ha tenido hijos? SÍ NO En los apartados 4, 5 ó 6 indique todos los hijos que hayan estado a su cargo, aunque hayan fallecido**GRECIA:**Indique si el fallecido era titular de una pensión en la fecha de celebración del matrimonio NO SÍ Rég. de la pensión Por cuenta ajena Por cuenta propia

En el supuesto de ausencia del fallecido indique la fecha de declaración de la desaparición a las autoridades de la policía

ISLANDIA:

Última dirección del fallecido en Islandia:

LUXEMBURGO:Indique si el fallecido era titular de una pensión en la fecha de celebración del matrimonio NO SÍ Rég. de la pensión Por cuenta ajena Por cuenta propia **NORUEGA:**

Última dirección del fallecido en Noruega:

ANEXO PAÍSES

Apellidos y nombre:

Núm. DNI-NIE-pasaporte: ⑪

PAÍSES BAJOS:

Última dirección del fallecido en Países Bajos

Última dirección del/la solicitante en Países Bajos:

Si es usted viudo/a del fallecido: ¿padece una incapacidad temporal para el trabajo de más de 3 meses? SÍ NO **POLONIA:**

Debe aportar alguno de los siguientes datos de identificación sin los cuales el organismo polaco no podrá tramitar la solicitud:

El n° NIP

El n° PESEL

El n° NKP, en su defecto, indicar la serie y el número de la tarjeta de identidad o pasaporte.

También, en su caso, debe aportar el formulario de información adicional

PORTUGAL:

Indique la parroquia correspondiente al lugar de nacimiento del fallecido

Indique la parroquia correspondiente al lugar de nacimiento del viudo/a

Datos de convivencia del viudo/a: ¿Vivía usted con el asegurado fallecido y a su cargo? SÍ NO ¿Vive o ha vivido maritalmente después del fallecimiento del asegurado? SÍ NO ¿Ha abandonado a los hijos del matrimonio? SÍ NO **Si es usted viudo/a del fallecido:**¿Tiene derecho a una pensión de supervivencia a cargo del seguro de accidentes? NO SÍ **Institución deudora**¿Necesita la ayuda de una tercera persona para realizar los actos esenciales de su vida? NO SÍ **(indique los siguientes datos sobre la misma):**

Apellidos y nombre:

Dirección completa:

Si uno de los hijos tiene un representante legal, distinto al de los otros hijos, indique:

Apellidos y nombre del hijo:

Apellidos y nombre del representante legal:

Dirección completa del representante legal:

REINO UNIDO:

National insurance number (número de Seguridad Social).

Documentación de trabajos

RUMANÍA:

Se ha de presentar copia compulsada de la libreta laboral rumana (carnet de Munca) y documentos sobre vida laboral en Rumanía

SUECIA:

Núm. de afiliación a la Seguridad Social sueca:

Si alega períodos anteriores a 1960, deberá aportar recibos de pago de impuestos.

SUIZA:

Fotocopia de la tarjeta de Seguro suiza.

¡IMPORTANTE! La información sobre los hijos puede suponer un aumento de la cuantía de su pensión suiza.

En los apartados 4, 5 o 6 indique todos los hijos que hayan tenido, aunque hayan fallecido.

Cumplimentar el anexo con información adicional.

Es importante que cumplimente los apartados 4 y 5. En caso de que continúe estudiando o trabajando con un contrato de aprendizaje, aporte documentación justificativa.



A CUMPLIMENTAR POR LA ADMINISTRACIÓN

Apellidos y nombre: _____ Núm. DNI-NIE-pasaporte: ⑫ _____

Clave de identificación de su expediente _____

Registro ISM

Funcionario de contacto: _____

- SOLICITUD DE PRESTACIONES:**
- VIUDEDAD
 - ORFANDAD
 - EN FAVOR DE FAMILIARES
 - AUXILIO POR DEFUNCIÓN

DOCUMENTOS QUE SE LE REQUIEREN EN LA FECHA DE RECEPCIÓN DE LA SOLICITUD POR EL ISM:

- 1 DNI/NIF pasaporte o equivalente y en su caso NIE o CIF de:
 - Representante legal.
 - Viudo/a o equivalente.
 - Huérfanos.
 - Otros familiares y acogidos.
- 2 Acreditación de la representación legal/emancipación.
- 3 Libro de familia o documento extranjero equivalente.
- 4 Certificado literal de matrimonio/Acta de nacimiento.
- 5 Acreditación de parentesco con el fallecido y estado civil.
- 6 Certificación del Acta de defunción del:
 - Causante.
 - Otro progenitor (orfandad absoluta).
 - De los padres (favor de familiares).
- 7 Justificante de pago de cuotas de los 3 últimos meses.
- 8 Sentencia firme y Convenio Regulador de:
 - Separación judicial.
 - Divorcio.
 - Matrimonio nulo.
 } con el fallecido.
- 9 Certificado de registro de parejas de hecho o equivalente.
- 10 Acreditación de ingresos del: solicitante, del causante, de la persona obligada a prestar alimentos.
- 11 Certificado de convivencia del: solicitante y de otros, familiares con el fallecido.
- 12 Parte de accidente de trabajo o enfermedad profesional.
- 13 Certificado empresarial de salarios reales.
- 14 Auto judicial o Certificado de acogimiento familiar.
- 15 Certificado de discapacidad.
- 16 Certificado de empadronamiento o tarjeta de residencia.
- 17 Resguardo de matriculación en centro oficial de estudios.
- 18 Certificado médico de inicio de enfermedad común.
 - Factura gastos sepelio.
 - Otros documentos:

Recibí _____ Firma _____

DOCUMENTOS NO NECESARIOS PARA EL TRÁMITE QUE APORTA VOLUNTARIAMENTE EL SOLICITANTE

- 1
- 2
- 3
- 4

Recibí los documentos requeridos a excepción de los núms.

Firma _____

Cargo y nombre del funcionario

Fecha Lugar

DILIGENCIA DE COMPULSA:

A la vista de los siguientes documentos originales y en vigor:

.....

.....

.....

Se expide la presente diligencia de verificación para hacer constar que los datos reflejados en esta solicitud y los que aparecen en dichos documentos coinciden fielmente en su contenido.

Firma _____

Cargo y nombre del funcionario

Fecha Lugar

ADENDA AL FORMULARIO DE SOLICITUD DE PRESTACIONES DE MUERTE Y SUPERVIVENCIA

BENEFICIOS POR CUIDADO DE HIJOS O MENORES: Se podrá computar como periodo cotizado, a todos los efectos excepto para alcanzar el periodo mínimo de cotización, un determinado número de días por el periodo comprendido entre la interrupción de la cotización por extinción de la relación laboral o fin del desempleo entre los 9 meses antes del nacimiento (o los 3 meses antes de la resolución judicial de adopción o la decisión administrativa o judicial de acogimiento) y la finalización del sexto año posterior al nacimiento, adopción o acogimiento. Sólo se reconocerá a un progenitor, por lo que en caso de controversia se otorgará el derecho a la madre.

DATOS PARA EL RECONOCIMIENTO DE BENEFICIOS POR CUIDADO DE HIJOS/ADOPTADOS O MENORES ACOGIDOS

| | | Hijo 1 | Hijo 2 | Hijo 3 | Hijo 4 | Hijo 5 | Hijo 6 |
|---|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Datos del hijo o menor | Nombre | | | | | | |
| | 1er apellido | | | | | | |
| | 2º apellido | | | | | | |
| | DNI/NIE/ Pasaporte | | | | | | |
| | Fecha de nacimiento | | | | | | |
| | Fecha de resolución de adopción o acogimiento | | | | | | |
| Datos del otro progenitor, adoptante o acogedor (1) | NO EXISTE | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | FALLECIDO | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Nombre | | | | | | |
| | 1er apellido | | | | | | |
| | 2º apellido | | | | | | |
| | DNI/NIE/ Pasaporte | | | | | | |
| | Fecha de nacimiento | | | | | | |
| | Sexo | | | | | | |
| Firma del otro progenitor (2) | | | | | | | |

- (1) Si es el mismo en todos los casos cumplimente únicamente los datos del primero de los hijos o menores. Si no existe o ha fallecido marque la casilla correspondiente.
- (2) Firma del otro progenitor, adoptante o acogedor dando conformidad para que el beneficio por cuidado de hijos se aplique a favor del titular de esta prestación (salvo que aquél sea hombre y el titular sea mujer y salvo en caso de inexistencia o fallecimiento del mismo, acreditado documentalmente). (Art. 9 de la Ley 27/2011).

DOCUMENTACIÓN A APORTAR: certificado del Registro Civil o Libro de Familia, resolución judicial de adopción o decisión administrativa o judicial de acogimiento que acrediten los nacimientos, adopciones o acogimientos alegados.

DOCUMENTOS EN VIGOR A ENTREGAR PARA EL TRÁMITE DE SU PENSIÓN

(Original acompañado de copia para su compulsión o fotocopia ya compulsada, excepto para los documentos de identidad, en los que será suficiente la exhibición del original)

1.- ENTODOS LOS CASOS

- Acreditación de identidad del solicitante, representante legal y demás personas que figuran en la solicitud mediante la siguiente documentación:
 - Españoles: Documento Nacional de Identidad (DNI).
 - Extranjeros residentes o no residentes en España: Pasaporte o, en su caso, documento de identidad vigente en su país y NIE (Número de Identificación de Extranjero) exigido por la AEAT a efectos de pago.
- Documentación acreditativa de la representación legal, en su caso, o de la emancipación del solicitante menor de edad. Si es tutor institucional, CIF/NIF, documento en el que conste el nombramiento de tutela de la Institución y certificación acreditativa de la representación de la Institución. Si está incapacitado judicialmente debe presentar la resolución judicial que lo declare o certificado acreditativo del Registro Civil.
- Certificado del Acta de Defunción del causante fallecido.

2.- SÓLO SI EL FALLECIDO NO ERA PENSIONISTA:

- Justificantes de pago de cuotas de los tres últimos meses si era el obligado al ingreso de las mismas y el fallecimiento se ha producido en el mismo período.

3.- SI SE SOLICITA PENSIÓN DE VIUDEDAD

a) Si estaba casado/a con el causante fallecido:

- Libro de familia, acta de registro civil o documento extranjero equivalente debidamente legalizado o sellado, en su caso, y traducido, que acredite el matrimonio con el causante fallecido y el estado civil actual del solicitante.

b) Si estaba separado/a o divorciado/a del causante fallecido o el matrimonio fue declarado nulo:

- Sentencia judicial que acredite esa situación y Convenio Regulador de la misma o documento que reconozca el derecho a percibir pensión compensatoria o indemnización por nulidad. Si no es acreedor de pensión compensatoria: libro de familia si hubo hijos comunes, se separó o divorció antes de 1-1-08 y es menor de 50 años, o acreditación de que fue víctima de violencia de género.
- Declaración jurada sobre la extinción de la pensión compensatoria, mediante el documento facilitado por el ISM.
- Acreditación de que el solicitante no ha contraído matrimonio ni se ha constituido como pareja de hecho con otra persona tras el cese de su relación con el fallecido, mediante Acta literal de matrimonio expedida por el Registro Civil o Certificación negativa del Registro de parejas de hecho de su localidad de residencia o Comunidad Autónoma.

Para personas comprendidas en a) y b):

- Certificado médico en el que conste la fecha de inicio de la enfermedad común que determinó el fallecimiento del causante siempre que no haya transcurrido un año entre la fecha del matrimonio y la del fallecimiento y no existieran hijos comunes, o declaración jurada, en los términos antedichos, mediante el documento facilitado por el ISM. Si existieran hijos comunes, sólo Libro de familia o actas de nacimiento que lo acrediten.
- Certificado de inscripción como pareja de hecho si existió esta situación antes del matrimonio.

c) Si era pareja de hecho del causante fallecido:

- Certificado de inscripción de la pareja en el registro de su comunidad autónoma o localidad de residencia, o acreditación de la constitución de la pareja mediante escritura pública.
- Actas del Registro Civil que acrediten que el solicitante y el causante no estaban casados o separados de otra persona durante los 5 años inmediatamente anteriores al fallecimiento si la pareja se ha constituido mediante escritura pública.
- Certificado de empadronamiento del Ayuntamiento/s que acredite la convivencia con el causante durante, al menos, 5 años inmediatamente anteriores al fallecimiento.
- Acreditación de ingresos del solicitante y del causante en el año natural anterior al del fallecimiento; y del solicitante en el mismo año del fallecimiento, mediante declaración sobre el IRPF o, en su defecto, nóminas salariales, documentos de entidades bancarias, etc.

4.- SI SE SOLICITA PENSIÓN DE ORFANDAD

- Libro de familia o Acta/s de nacimiento de los hijos o documento extranjero equivalente.
- Certificado de empadronamiento en todos los casos excepto en el de españoles menores de 18 años o mayores incapacitados que convivan con su progenitor/a.

5.- SI SE SOLICITA PRESTACIÓN EN FAVOR DE FAMILIARES

- Actas del Registro Civil (o documento extranjero equivalente) acreditativas del parentesco con el fallecido y del estado civil del solicitante.
- Certificado de empadronamiento del Ayuntamiento que acredite la convivencia con el fallecido durante los 2 años inmediatamente anteriores al fallecimiento.
- Certificado de defunción de los padres si la prestación se pide para nietos/as o hermanos/as del fallecido.
- Acreditación de ingresos del solicitante beneficiario mediante declaración del IRPF, nóminas salariales u otro medio adecuado.
- Acreditación de ingresos de la persona con obligación de prestar alimentos, en su caso.
- Acreditación de que no hay beneficiarios supervivientes de pensión de viudedad, ni huérfanos del causante con derecho a pensión de orfandad, cuando el funcionario lo considere necesario
- Certificado de empadronamiento en todos los casos excepto en el de españoles menores de 18 años o mayores incapacitados que convivan con su progenitor/a..

6.- OTROS DOCUMENTOS

- Parte administrativo de accidente de trabajo o enfermedad profesional y certificado empresarial de salarios reales.
- Certificado de discapacidad y grado reconocido, expedido por el IMSERSO u organismo competente o auto judicial.
- Acta literal de matrimonio expedida por el Registro Civil con antelación máxima de tres meses cuando el funcionario lo considere necesario.
- Acta de Defunción del otro cónyuge si se solicita orfandad absoluta (para huérfanos de padre y madre).
- Resguardo de matriculación en un centro de estudios oficialmente reconocido, en el caso de huérfanos absolutos estudiantes.
- Factura de gastos de sepelio si el solicitante no es el viudo/a o equivalente del fallecido o un hijo del mismo.

7.- PARA INCLUIR EN ASISTENCIA SANITARIA

- En el caso de extranjeros:
 - Extranjeros nacionales de la Unión Europea, Estados parte del Espacio Económico Europeo o Suiza : Certificado de inscripción en el Registro Central de Extranjeros y documento de identidad vigente en su país o pasaporte en vigor.
 - Extranjeros de nacionalidad distinta a las indicadas en el apartado anterior: Tarjeta de Identidad de Extranjeros y pasaporte en vigor.
 - Extranjeros no comunitarios familiares de un futuro titular de la Unión Europea, Estados parte del Espacio Económico Europeo o Suiza : documento de identidad vigente en su país o pasaporte en vigor y tarjeta de residencia y NIE de familiar de un ciudadano de esos países.
- Libro de familia, o Actas del Registro Civil que acrediten el parentesco con el solicitante.
- Certificado del Ayuntamiento que acredite la convivencia con el solicitante (no se exige para hijos menores y menores acogidos).
- Certificado de empadronamiento del Ayuntamiento.
- Certificado de discapacidad en un grado igual o superior al 65 % en el caso de descendientes y personas asimiladas mayores de 26 años.
- Auto judicial o Certificado de acogimiento familiar expedido por la Comunidad Autónoma.

8.- DOCUMENTO ESPECIAL

Documentación que avale el ejercicio de la actividad laboral en los países en que lo haya manifestado. Su no presentación puede dar lugar a retrasos en la tramitación de su pensión por dificultades para localizar sus cotizaciones en el extranjero.

PRESTACIONES DE SUPERVIVENCIA

EL INSTITUTO SOCIAL DE LA MARINA LE INFORMA:

De acuerdo con el artículo único del Real Decreto 286/2003, de 7 de marzo (BOE del 8 de abril), el plazo máximo para resolver y notificar el procedimiento iniciado es de 180 días contados desde la fecha en la que su solicitud ha sido registrada en esta Dirección Provincial o, en su caso, desde que haya aportado los documentos requeridos.

No obstante, este plazo quedará suspendido durante el tiempo que medie entre la solicitud de datos a Organismos extranjeros y la recepción en esta Dirección Provincial de dichos datos, que permita su incorporación al expediente, de acuerdo con lo establecido en el art. 22 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas.

Transcurrido dicho plazo sin haber recibido notificación con la resolución de esta solicitud, podrá entender que su petición ha sido desestimada por aplicación de silencio negativo y solicitar que se dicte resolución, teniendo esa solicitud valor de reclamación previa de acuerdo con lo establecido en el art. 71.3 de la Ley 36/2011, de 10 de octubre, reguladora de la jurisdicción social (BOE del día 11).

Si esta solicitud no va acompañada de los documentos necesarios para su tramitación, deberá presentarlos en cualquier dependencia de esta Dirección Provincial, personalmente o por correo, en el plazo de 10 días contados desde el siguiente a aquél en el que se le haya notificado su requerimiento.

El incumplimiento del plazo señalado tendrá los siguientes efectos:

- Documentos requeridos en el bloque 1 referidos al titular y, en su caso, al representante legal: se entenderá que desiste de su petición, de acuerdo con lo previsto en los arts. 66 y 68 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre (BOE del 02-10-2015).
- Documentos requeridos en los bloques 2, 3, 4 y 5 y certificado de defunción: se considerará que no ha acreditado suficientemente los requisitos necesarios para causar o calcular correctamente su pensión, de acuerdo con lo previsto en el art. 216 y siguientes del texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social, aprobada por Real Decreto Legislativo 8/2015 de 30 de octubre.
- Documentos requeridos en los bloques 6, 7 y 8, y acreditación de identidad de personas distintas al solicitante y el representante legal: su expediente se tramitará sin tener en cuenta las circunstancias a las que se refieren por no haber sido probadas, de acuerdo con el art. 77 de la citada Ley 39/2015.

El funcionario podrá requerir documentación complementaria si lo considera necesario.

RECUERDE:

Si se produce alguna variación en los datos de esta solicitud, tanto en lo referente a situación económica (ingresos laborales u otro tipo de rentas), familiar (cambio de estado civil, defunciones, etc.) o de su domicilio (de residencia, fiscal) debe usted comunicarlo a la Dirección Provincial o Local de este Instituto más cercano.

La inclusión de datos falsos, así como la obtención fraudulenta de pensiones, pueden ser actos constitutivos de delito.

Si va a enviar por correo postal esta solicitud, puede aportar la documentación solicitada mediante fotocopia de la misma debidamente compulsada por funcionario público autorizado para ello.

www.seg-social.es