



MINISTERIO
DE
DEFENSA

Registro de presentación

--

Registro de entrada

--

SUBSECRETARÍA DE DEFENSA
DIRECCIÓN GENERAL DE PERSONAL



REGLAMENTOS DE LAS COMUNIDADES EUROPEAS SOLICITUD DE PENSIÓN POR MUERTE Y SUPERVIVENCIA

1 Rellene este impreso de la forma más exacta posible y así facilitará la tramitación de su pensión

Antes de empezar a escribir, lea detenidamente todos los apartados

Escriba con claridad y en letras mayúsculas para evitar errores de interpretación, respetando los espacios que para cada letra o número se han reservado

Cumplimente este impreso si el fallecido tenía cotizaciones en algún país del Espacio Económico Europeo (Ver dorso) (1)

1 DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE (cónyuge, cohabitante, hijos, padres, otros familiares) (2) Ver dorso

ESPAÑOLES Y PORTUGUESES		OTRAS NACIONALIDADES	
Primer apellido		Apellido familiar	
Segundo apellido		Apellido de nacimiento y / o apellidos anteriores	
Nombre		Nombre	
Núm. DNI o equivalente	NIF	Documento de Identificación Personal	

Localidad de Nacimiento	Provincia o Departamento	País de Nacimiento

Fecha de Nacimiento	Nacionalidad	Fecha de Nacionalización	País de Residencia Habitual

Apellidos y Nombre del Padre	Apellidos y Nombre de la Madre

Estado civil: Soltero Separado Viudo Casado Divorciado con nuevas nupcias Divorciado sin nuevas nupcias

Fecha en que adquirió este Estado Civil	Fecha de Matrimonio con el causante	Fecha cese en la convivencia

Relación con el causante: Cónyuge Cohabitante Hijos Padres (2) Otros familiares (indicar parentesco):

2 DOMICILIO PARA NOTIFICACIONES

Domicilio

--

Localidad / Entidad de ámbito territorial inferior al municipio	Provincia	Código Postal

País	Teléfono

Correo Electrónico (Consignar si desea recibir información sobre su expediente)

--

En el caso de que el domicilio consignado no coincida con su domicilio particular, indique nombre y apellidos de la persona que recibirá las notificaciones (Representante, Otro particular...):

Primer apellido	Segundo apellido	Nombre

A CUMPLIMENTAR POR LA ADMINISTRACIÓN

Nº EXPEDIENTE	FECHA ENTRADA	CL. INI	CL. PRE.	FECHA ARRANQUE	LEGISLACIÓN	REFERENCIA

3 DATOS PROFESIONALES Y ECONÓMICOS DEL SOLICITANTE

- ¿Trabaja actualmente? NO SI
- Por cuenta ajena Por cuenta propia ¿Desde cuándo?
- ¿Ha ejercido actividad profesional?
- * País
- * Período: Desde
- Hasta
- ¿Cobra alguna prestación?
- ¿Carece de medios propios de vida?
- ¿Convivía con el causante?
- ¿Estaba a cargo del asegurado fallecido?
- ¿Está incapacitado para el trabajo?
- ¿Necesita la ayuda de una tercera persona para realizar los actos esenciales de su vida?
- ¿Ha solicitado u obtenido una devolución de cotizaciones? ¿En qué país?
- ¿Ha solicitado la inscripción a un seguro voluntario o facultativo continuado? ¿En qué país?

¿COBRA O HA SOLICITADO OTRA PENSIÓN DE ORGANISMOS ESPAÑOLES O EXTRANJEROS?

NO SI Indique cuál:

CLASE DE PRESTACIÓN	ORGANISMO QUE LA OTORGA	PAÍS	CUANTÍA MENSUAL	LA COBRA / LA HA SOLICITADO

¿PERCIBE O HA PERCIBIDO OTRO TIPO DE INGRESOS?

NO

SI

EN EL MOMENTO ACTUAL:

Naturaleza:

Importe: Euros Al mes Al trimestre Al año

EN EL AÑO ANTERIOR A AQUEL EN QUE SOLICITA LA PENSIÓN:

Naturaleza:

Importe: Euros Al mes Al trimestre Al año

4 DATOS DE LOS HUÉRFANOS

HIJOS DEL CAUSANTE

Apellidos y Nombre (de mayor a menor edad)	D.N.I.	Fecha de Nacimiento	Est. Civil	¿Estudia?	¿Está incapacitado?	Si es pensionista, clase de pensión	Si percibe rentas de trabajo y/o de capital o prestaciones económicas de la Seguridad Social, desempleo u otros ingresos		Institución Pagadora
							Naturaleza ingreso	Importe anual	

Los huérfanos o, en su caso, su tutor legal, declaran bajo su responsabilidad que son ciertos los datos manifestados.

Firma: 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____

HIJOS FALLECIDOS DEL CAUSANTE

Apellidos y Nombre	Fecha de Nacimiento	Fecha de Fallecimiento

**HUÉRFANOS QUE VIVEN EN DOMICILIO DISTINTO DEL FAMILIAR
(De los reseñados en el apartado Hijos del Causante)**

Apellidos y Nombre	Dirección Completa

5 DATOS DE OTROS FAMILIARES A CARGO DEL FALLECIDO

Apellidos y Nombre	Parentesco con el causante	D.N.I.	Fecha de Nacimiento	Est. Civil	¿Estudia?	¿Está Incapacitado?	Si percibe rentas de trabajo y/o de capital o prestaciones económicas de la Seguridad Social, desempleo u otros ingresos		Institución Pagadora
							Naturaleza ingreso	Importe anual	

6 CAUSA DE LA SOLICITUD (Sólo si solicita orfandad y es mayor de 21 años)

- Fallecimiento del causante viudo o soltero Fallecimiento o matrimonio del beneficiario de la pensión de viudedad
- Desea coparticipar en la pensión de orfandad o viudedad
- Ha recuperado la aptitud legal por: Ser viudo/a desde
- Ser divorciado/a desde (fecha sentencia)
- Ser separado/a desde (fecha sentencia)

DATOS DE OTROS POSIBLES BENEFICIARIOS DE LA PENSIÓN

Si conoce la existencia de otras personas que en la actualidad perciban la pensión en la que solicita coparticipar, consigne sus datos:

Apellidos y Nombre	DNI (con letra NIF) o equivalente	Parentesco con el solicitante

7 DATOS PERSONALES DEL CAUSANTE

Primer apellido		Segundo apellido		Nombre
DNI	NIF	Otro documento (pasaporte, cédula...)	Fecha de nacimiento	
Localidad de nacimiento		Provincia o Departamento de nacimiento	País de nacimiento	
Nacionalidad		Fecha de Nacionalización	País de Residencia Habitual	
Fecha de Defunción	Lugar (Localidad, Provincia, Departamento y País)			
Apellidos y Nombre del Padre			Apellidos y Nombre de la Madre	

Indique la causa del fallecimiento:

- En acto de servicio En atentado terrorista. Indique Resolución Ministerial:
- Enfermedad común Enfermedad profesional Accidente no laboral Accidente de trabajo

¿Existe un tercero responsable del fallecimiento? SI NO

En caso de desaparición por accidente, indique fecha de las últimas noticias:

Circunstancias de la desaparición:

8 DATOS PROFESIONALES DEL CAUSANTE**¿TRABAJABA CUANDO FALLECIÓ?**

NO SI Como Funcionario Por cuenta ajena Por cuenta propia

Fecha en la que dejó de trabajar:

CAUSA POR LA QUE NO TRABAJABA: Estaba en Reserva Estaba enfermo Estaba desempleado

Era trabajador de temporada Otra causa (indique cuál)

¿COBRABA O HABÍA SOLICITADO ALGUNA PRESTACIÓN EN ESPAÑA U OTRO PAÍS DEL ESPACIO ECONÓMICO EUROPEO?

NO SI Indique cuál:

TIPO DE PRESTACIÓN	HABÍA SOLICITADO	COBRABA	FECHA DE EFECTOS O DE SOLICITUD	IMPORTE (indicar periodicidad)	INSTITUCIÓN PAGADORA	PAÍS
Indemnizaciones del Seguro de Enfermedad por Incapacidad Temporal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Indemnizaciones por reeducación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Pensión de Invalidez	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Pensión de Vejez	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Pensión de Supervivencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Renta de Accidente de Trabajo o Enfermedad Profesional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Prestaciones por Desempleo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Continuación cobro del salario en caso de Incapacidad Temporal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Devolución cotizaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

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

NO

SI ¿En qué País?

¿Para qué Prestación? Invalidez Vejez Defunción

¿HABÍA SOLICITADO QUE SE APLAZARA HASTA LOS 65 AÑOS EL RECONOCIMIENTO DE SU PENSIÓN EN ALGÚN PAÍS DE LA UNIÓN EUROPEA O DEL ESPACIO ECONÓMICO EUROPEO?

NO

SI ¿En qué País?

9 DATOS SOBRE PERÍODOS TRABAJADOS Y/O SIN ACTIVIDAD LABORAL

SERVICIOS EN LAS FUERZAS ARMADAS

DESDE	HASTA	EJÉRCITO	ARMA O CUERPO	EMPLEO	LOCALIDAD

Causa de la Baja

Fecha

Orden de Retiro o Baja

BOD

OTROS TRABAJOS EN ESPAÑA

PERÍODOS (AÑOS)		Nombre de la Empresa o, en su caso, actividad de Trabajo Autónomo, estuvo en Convenio Especial, percibió Desempleo	Núm. de inscripción de la empresa o de identificación en la Seguridad Social	PROVINCIA
DESDE	HASTA			

TRABAJOS EN OTROS PAÍSES DE LA UNIÓN EUROPEA O DEL ESPACIO ECONÓMICO EUROPEO

PERÍODOS (AÑOS)		PROFESIÓN O TIPO DE ACTIVIDAD	Por cuenta ajena	Por cuenta propia	NOMBRE Y DIRECCIÓN DE LA EMPRESA	Núm. de afiliación o equivalente	Institución o Régimen de Seguro: (Mutualidades, Cajas de Seguro, etc.)	Naturaleza del Seguro: (Obligatorio, Voluntario, Facultativo continuado o Sin Seguro)	LOCALIDAD Y PAÍS de ejercicio de 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"/>					

PERÍODOS SIN ACTIVIDAD EN OTROS PAÍSES

 NO SI Indique los datos:

PERÍODOS (AÑOS)		Residencia, estudios realizados a partir de los 16 años y otros motivos de los períodos sin actividad (Convenio Especial, Enfermedad, Desempleo, Ama de casa, Servicio Militar, etc.)	LOCALIDAD	PAÍS
DESDE	HASTA			

10

DATOS ESPECÍFICOS DE ALGUNOS PAISES DE LA UNIÓN EUROPEA Y DEL ESPACIO ECONÓMICO EUROPEO

(Rellene los apartados correspondientes a los países en que el fallecido hubiera trabajado)

ALEMANIA

Si es Vd. Viudo/a del fallecido:

¿Tiene derecho a una pensión de supervivencia a cargo del seguro de accidentes?

NO

SI

Institución deudora:

DE LOS HIJOS MENCIONADOS EN EL APTDO. 4, INDIQUE AQUÍ AQUELLOS QUE HAYAN SIDO EDUCADOS EN ALEMANIA DURANTE SU PRIMER AÑO DE VIDA Y QUE HAYAN ESTADO A CARGO DEL FALLECIDO.

Apellidos y Nombre	Residencia en el 1º año de vida	¿Estudia o es aprendiz?

Si las posee, aporte las TARJETAS DE SEGURO alemanas del fallecido en ORIGINAL.

AUSTRIA

Número de Afiliación a la Seguridad Social Austríaca:

BÉLGICA

INDIQUE LA FECHA DE INICIO DEL ESTADO CIVIL DEL FALLECIDO:

Casado

Separado

Viudo

Divorciado

DINAMARCA

Última dirección del fallecido en Dinamarca:

Última dirección del / de la viudo/a en Dinamarca:

Número de afiliación (CPR y/o ATP) del fallecido:

FINLANDIA

Número 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

SI

Régimen de la pensión:

Por cuenta ajena

Por cuenta propia

EN EL SUPUESTO DE AUSENCIA LEGAL DEL FALLECIDO, INDIQUE:

Fecha de declaración de la desaparición a las autoridades de la policía:

DE LOS HIJOS MENCIONADOS EN EL APTDO. 4, INDIQUE AQUÍ AQUELLOS QUE HAYAN ESTADO A SU CARGO AL MENOS DURANTE NUEVE AÑOS DESDE SU NACIMIENTO HASTA CUMPLIR LOS DIECISÉIS, CUALQUIERA QUE SEA SU EDAD ACTUAL Y ESTADO CIVIL, AUNQUE HAYAN FALLECIDO.

Apellidos	Nombre

GRECIA

INDIQUE SI EL FALLECIDO ERA TITULAR DE UNA PENSIÓN EN LA FECHA DE CELEBRACIÓN DEL MATRIMONIO

 NO SIRégimen de la pensión: Por cuenta ajena Por cuenta propia

EN EL SUPUESTO DE AUSENCIA LEGAL DEL FALLECIDO, INDIQUE:

Fecha de declaración de la desaparición a las autoridades de la policía:

ITALIA

Si es Vd. el padre o la madre o un hermano del fallecido, indique si éste tiene como supervivientes:

El cónyuge SI NO Los hijos SI NO

LUXEMBURGO

INDIQUE SI EL FALLECIDO ERA TITULAR DE UNA PENSIÓN EN LA FECHA DE CELEBRACIÓN DEL MATRIMONIO

 NO SIRégimen de la pensión: Por cuenta ajena Por cuenta propia

Si es Vd. Viudo/a del fallecido:

¿Tiene derecho a una pensión de supervivencia a cargo del seguro de accidentes?

 NO SI Institución deudora:

PAÍSES BAJOS

Última dirección del fallecido en Países Bajos: Última dirección del / de la viudo/a en Países Bajos: Si es Vd. Viudo/a del fallecido: ¿Padece una incapacidad temporal para el trabajo de más de 3 meses? SI NO

PORTUGAL

Indique la Parroquia del lugar de nacimiento del causante: Indique la Parroquia del lugar de nacimiento del viudo/a:

DATOS DE CONVIVENCIA DEL VIUDO / A:

- ¿Vivía Vd. con el asegurado fallecido y a su cargo? SI NO- ¿Vive o ha vivido maritalmente después del fallecimiento del asegurado? SI NO- ¿Ha abandonado a los hijos del matrimonio? SI NO

SI ES VD. VIUDO / A DEL FALLECIDO:

- ¿Tiene derecho a una pensión de supervivencia a cargo del seguro de accidentes? NO SIInstitución deudora: - ¿Necesita la ayuda de una tercera persona para realizar los actos esenciales de su vida? NO SI

(Indique los siguientes datos sobre la misma)

Apellidos y Nombre Dirección completa

SUECIA

Número de Afiliación a la Seguridad Social Sueca:

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

SUIZA

* Si alguno de los huérfanos es mayor de 18 años y menor de 25 y en la actualidad continúa estudiando o trabajando con un contrato de aprendizaje, aporte documentación justificativa.

11 PROCEDIMIENTO DE COBRO

TITULAR DE LA CUENTA: BANCO/CAJA: IBAN: BIC:

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. Es obligatorio la obtención del DNI para los mayores de 14 años (Art. 2.1 R.D. 1553/2005).

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

PRESTO CONSENTIMIENTO 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 Personal del Ministerio de Defensa.

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

Verificación de datos de DNI (A cumplimentar por la Administración)

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

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

Los documentos especiales solicitados por algunos países se han reflejado en los apartados correspondientes (Ver nº 10 del impreso de solicitud)

A) DEL CAUSANTE

- Certificado de defunción.
- Tarjetas de Seguro o de afiliación, certificados, contratos de trabajo u otros documentos que avalen el ejercicio de actividad laboral en los países en que lo haya manifestado.
- Hoja de servicios o filiación o Certificado de servicios equivalente.
- Declaración judicial de ausencia legal.
- Declaración judicial de fallecimiento.

B) DEL SOLICITANTE

- Libro de familia actualizado.
o
- Certificado del acta de matrimonio.
o
- Certificado de convivencia.
y / o
- Certificado del acta de nacimiento de cada huérfano.
- Certificado de incapacidad expedido por Órgano Médico Pericial Militar, en el que consten la fecha de inicio y el grado de incapacidad.
- Declaración de la renta del año anterior o Certificado de la Delegación de Hacienda, en la que figuren las rentas o su carencia.
- Documentación que acredite la adopción.
- Documentación que acredite la tutela.
- DNI en vigor del Tutor y NIF si el DNI no tiene letra de control.
- Fé de vida y estado civil del huérfano.
- Libro de familia actualizado
o
- Certificados de matrimonio del huérfano y de defunción del cónyuge.
- Libro de familia actualizado.
o
- Certificado de matrimonio del huérfano con anotación marginal de separación judicial o divorcio.
o
- Sentencia de separación judicial o divorcio.

C) DE OTRAS PERSONAS

- Certificado de defunción del/ de la viudo/a.
- Certificado del nuevo matrimonio del/ de la viudo/a.
- Certificado de defunción del padre/madre del huérfano (distinto del causante).

D) DEL REPRESENTANTE

- Documento público o privado por el que se otorgue 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 pensión.

¿EN QUÉ CASOS?

EN TODO CASO

* Si el fallecido no percibe pensión de retiro de Clases Pasivas.

* Si desapareció en accidente.

* Si tuviera derecho al complemento de maternidad regulado en la Disposición adicional decimoctava del TRLCPE, por haber tenido 2 o más hijos naturales o adoptados.

* Si había contraído matrimonio con el causante.

* Si convivía con el causante sin contraer matrimonio.

* Si solicita pensión de orfandad.

* Si el huérfano está incapacitado.

* Si es huérfano absoluto y mayor de 21 años.

* Si el huérfano es adoptado.

* Si la pensión es solicitada por el Tutor del beneficiario.

* Huérfano soltero mayor de 21 años.

* Huérfano viudo mayor de 21 años.

* Huérfano separado o divorciado mayor de 21 años.

* Si el motivo de la solicitud es la muerte o el matrimonio del / de la viudo/a del causante.

* Si el solicitante es huérfano absoluto.

* Si designa representante para el trámite y/o cobro de la pensión.

EFFECTOS BÁSICOS DEL PROCEDIMIENTO

- * Su solicitud será cursada a los Organismos de Seguridad Social de los países en que haya alegado actividad laboral.
- * Además, las cotizaciones en otros Estados podrán servir para mejorar la pensión española.

INSTRUCCIONES PARA LA CUMPLIMENTACIÓN DE LA SOLICITUD

EN TODO MOMENTO PUEDE VD. SOLICITAR ASESORAMIENTO Y APOYO DE NUESTRO PERSONAL.

(1) PAÍSES MIEMBROS DEL ESPACIO ECONÓMICO EUROPEO:

Alemania, Austria, Bélgica, Dinamarca, España, Finlandia, Francia, Grecia, Irlanda, Islandia, Italia, Liechtenstein, Luxemburgo, Noruega, Países Bajos, Portugal, Reino Unido, Suecia y Suiza (país asociado).

(2) Si los solicitantes son los padres del causante, además de este impreso deben cumplimentar el modelo de "Solicitud de pensión en favor de padres" de la legislación española.

1. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE (Apartado 1)

Consigne sus datos de identificación personal. No olvide consignar la fecha en que adquirió su Estado Civil.

Si solicita pensiones de viudedad y orfandad conjuntamente, consigne en este apartado los datos personales del /de la viudo/a, y en el apartado 4, los de los huérfanos. Si únicamente solicita pensión de orfandad y son varios los solicitantes, consigne en este apartado los datos del primero de ellos, y en el apartado 4, los del resto.

Cruce con un aspa la casilla que corresponda a su parentesco o relación con el causante.

2. DOMICILIO PARA NOTIFICACIONES (Apartado 2)

Cumplimente en este apartado el domicilio donde desee recibir la correspondencia relacionada con su pensión.

Puede ser su dirección particular o la de otra persona, en cuyo caso deberá consignar el nombre y apellidos de ésta.

3. DATOS PROFESIONALES Y ECONÓMICOS DEL SOLICITANTE (Apartado 3)

Cruce con un aspa (x) las casillas correspondientes a los datos económicos y de convivencia. Si cobra o ha solicitado alguna pensión de Organismos españoles o extranjeros, cumplimente los datos correspondientes. Consigne, igualmente, la cuantía que en concepto de rentas de capital (intereses, dividendos, etc.), rentas de trabajo (por cuenta propia o ajena) u otros ingresos, percibió Vd. durante el año inmediatamente anterior a la solicitud o en el momento actual.

4. DATOS DE LOS HUÉRFANOS (Apartado 4)

Indique los datos de los hijos que viven en la actualidad, tanto los que lo hacen en el domicilio familiar, como los que no. Los huérfanos deberán firmar obligatoriamente esta declaración.

Los hijos fallecidos deberán asimismo consignarse en la casilla correspondiente.

5. DATOS DE OTROS FAMILIARES A CARGO DEL FALLECIDO (Apartado 5)

Consigne los datos de estos otros familiares y los de sus posibles ingresos.

6. CAUSA DE LA SOLICITUD (Apartado 6)

Cumplimente este apartado sólo si solicita pensión de orfandad para mayores de 21 años al amparo de la legislación de Clases Pasivas vigente antes del 01.01.85.

Cruce con un aspa la casilla correspondiente y consigne, si los conoce, los datos de otros beneficiarios de la pensión.

7. DATOS PERSONALES DEL CAUSANTE (Apartado 7)

Consigne los datos de identificación personal del fallecido, así como los relativos al fallecimiento. No olvide poner la fecha del fallecimiento.

8. DATOS PROFESIONALES DEL CAUSANTE (Apartado 8)

Si el fallecido no trabajaba en el momento de la defunción deberá indicar el motivo, cruzando con un aspa (x) la/s casilla/s correspondiente/s. Si el fallecido cobraba o tenía solicitada alguna pensión, indique la clase de la misma (retiro por edad o jubilación, retiro por incapacidad o invalidez) y el Régimen por el que se le reconoció o la había solicitado (Régimen de Clases Pasivas, otro Régimen de Seguridad Social).

9. DATOS SOBRE PERÍODOS TRABAJADOS Y/O SIN ACTIVIDAD LABORAL (Apartado 9)

Este apartado sirve para conocer, en extracto, su vida laboral. Donde dice *TRABAJOS EN ESPAÑA*, consigne, empezando por la más antigua, las empresas en las que ha trabajado o, en su caso, el tiempo que trabajó como autónomo, o el tiempo durante el que estuvo acogido a Convenio Especial, los periodos en los que cobró Desempleo, etc. Donde dice *SERVICIOS EN LAS FUERZAS ARMADAS*, consigne, empezando por el más antiguo, los empleos obtenidos y las localidades donde estuvo destinado. Indique la causa y fecha de la baja y los datos de publicación de la Orden de retiro o baja. En el espacio *TRABAJOS EN OTROS PAÍSES*, proceda de la misma forma que en el apartado anterior, consignando preferentemente el número de asegurado o, en su defecto, el nombre de la empresa, así como el tipo de actividad o profesión que ejercía. Donde dice *SIN ACTIVIDAD LABORAL EN OTROS PAÍSES*, consigne los periodos durante los que residió en un país extranjero sin efectuar ningún trabajo, con independencia de que haya sido mencionado ese mismo país en el apartado anterior.

10. DATOS ESPECÍFICOS DE ALGUNOS PAÍSES DE LA UNIÓN EUROPEA Y DEL ESPACIO ECONÓMICO EUROPEO (Apartado 10)

Rellene únicamente los apartados correspondientes a los países en que el fallecido hubiera trabajado.

NO OLVIDE FIRMAR LA SOLICITUD