

**NUMERO DE SEGURIDAD SOCIAL ESTADOUNIDENSE DEL ASEGURADO**

U.S. SOCIAL SECURITY NUMBER OF THE INSURED: \_\_\_\_\_

**CONVENIO SOBRE SEGURIDAD SOCIAL ENTRE ESPAÑA Y ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA**

AGREEMENT ON SOCIAL SECURITY BETWEEN SPAIN AND THE U.S.A.

**SOLICITUD DE PRESTACIONES CONFORME A LA LEGISLACIÓN ESPAÑOLA POR...(1)**

CLAIM FOR BENEFITS UNDER THE SPANISH LEGISLATION FOR...(1)

Título III del Convenio / Title III of the Agreement

Artículos 4 y 5 del Acuerdo Administrativo / Articles 4 and 5 of the Administrative Arrangement

- ☐ Vejez  
Old age
- ☐ Invalidez  
Invalidity
- ☐ Muerte  
Death
- ☐ Supervivencia  
Survivors

**A CUMPLIMENTAR EN TODO CASO / TO BE COMPLETED IN ALL CASES**

| 1 DATOS PERSONALES DEL ASEGURADO Y DE SU CÓNYUGE<br>INFORMATION CONCERNING THE INSURED AND SPOUSE |                                                                |                                                       |                                                       |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
|                                                                                                   |                                                                | Del solicitante (2)<br>Of the claimant                | Del cónyuge (3)<br>Of the spouse (3)                  |
| 1.1                                                                                               | Apellidos (4)<br>Last name (4)                                 |                                                       |                                                       |
| 1.2                                                                                               | Apellidos de soltera<br>Maiden Name                            |                                                       |                                                       |
| 1.3                                                                                               | Nombre<br>First name                                           |                                                       |                                                       |
| 1.4                                                                                               | Nombre de los padres<br>Name (s) of parents                    |                                                       |                                                       |
| 1.5                                                                                               | Dirección (5)<br>Address (5)                                   |                                                       |                                                       |
| 1.6                                                                                               | Fecha de nacimiento<br>Date of birth                           | día / day mes / month año / year<br>...../...../..... | día / day mes / month año / year<br>...../...../..... |
| 1.7                                                                                               | Sexo<br>Sex                                                    |                                                       |                                                       |
| 1.8                                                                                               | Nacionalidad<br>Nationality                                    |                                                       |                                                       |
| 1.9                                                                                               | DNI (6)<br>Nº Spanish National Identity Card                   |                                                       |                                                       |
| 1.10                                                                                              | Nº Seguridad Social Española<br>Spanish Social Security Number |                                                       |                                                       |
| 1.11                                                                                              | Estado Civil (7)<br>Marital Status (7)                         |                                                       |                                                       |
| 1.12                                                                                              | Fecha de Matrimonio<br>Date of marriage                        | día / day mes / month año / year<br>...../...../..... | día / day mes / month año / year<br>...../...../..... |
| 1.13                                                                                              | Fecha de fallecimiento<br>Date of death                        | día / day mes / month año / year<br>...../...../..... | día / day mes / month año / year<br>...../...../..... |
| 1.14                                                                                              | Causa de fallecimiento (8)<br>Cause of death (8)               |                                                       |                                                       |

|                                                                                                                                                                                | solicitante<br><i>claimant</i>                              | cónyuge<br><i>spouse</i>                                    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|
| 1.15 ¿Se considera el solicitante incapacitado para el trabajo?<br><i>Does the claimant consider himself incapable for work?</i>                                               |                                                             |                                                             |
| 1.16 ¿Realiza actividad laboral?<br><i>Is employment still being pursued?</i>                                                                                                  |                                                             |                                                             |
| 1.17 En caso negativo, fecha en que ha dejado de trabajar<br><i>If no, date of which employment ceased</i>                                                                     | día / day    mes / month    año / year<br>...../...../..... |                                                             |
| 1.18 En caso afirmativo, fecha en que se propone cesar en el trabajo<br><i>If yes, date of which employment is expected to cease</i>                                           | día / day    mes / month    año / year<br>...../...../..... |                                                             |
| 1.19 ¿Está acogido a Convenio Especial?<br><i>Do you pay a Special Convention/voluntary insurance</i>                                                                          |                                                             |                                                             |
| 1.20 ¿Percibe o ha percibido alguna pensión de la Seguridad Social española o de los Estados Unidos?<br><i>Is/Has any spanish/USA Social Security pension being/been paid?</i> |                                                             |                                                             |
| 1.21 En caso afirmativo indique:<br><i>If yes, state</i>                                                                                                                       | solicitante<br><i>claimant</i>                              | cónyuge<br><i>spouse</i>                                    |
| Clase de pensión<br><i>Type of pension</i>                                                                                                                                     |                                                             |                                                             |
| Organismo pagador<br><i>Institution responsible for payment</i>                                                                                                                |                                                             |                                                             |
| Importe mensual (9)<br><i>Monthly amount (9)</i>                                                                                                                               |                                                             |                                                             |
| Fecha de efectos<br><i>Date on which pensions became payable</i>                                                                                                               | día / day    mes / month    año / year<br>...../...../..... | día / day    mes / month    año / year<br>...../...../..... |
| Fecha de vencimiento<br><i>Date on which pensions ceased or is expected to cease</i>                                                                                           | día / day    mes / month    año / year<br>...../...../..... | día / day    mes / month    año / year<br>...../...../..... |

|                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>2</b>                                             | A CUMPLIMENTAR ÚNICAMENTE EN EL SUPUESTO DE SOLICITUD DE PENSIÓN DE INVALIDEZ<br><i>TO BE COMPLETED ONLY WHEN CLAIMING INVALIDITY PENSION</i>                                                                                                                                                                          |
| Origen de la invalidez<br><i>Cause of invalidity</i> | <input type="checkbox"/> Enfermedad Común<br><i>Common disease</i><br><input type="checkbox"/> Enfermedad profesional<br><i>Occupational disease</i><br><input type="checkbox"/> Accidente no laboral<br><i>Non-industrial accident</i><br><input type="checkbox"/> Accidente de trabajo<br><i>Industrial accident</i> |

|   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                   |                                                                                   |
|---|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|
| 3 | <b>HIJOS:</b><br>Si es Vd. una mujer, podría tener bonificaciones en el tiempo de seguro por hijos nacidos en España. Si fuera el caso, por favor, indíquelo a continuación y aporte algún documento que los justifique (Libro de familia o Certificado de nacimiento de cada hijo)<br><b>CHILDREN:</b><br>If you are a woman, you could obtain additional periods of coverage for children born in Spain. If so, please give details and provide any documents to justify this (Family book or Birth Certificate of each child) |                                                                                   |                                                                                   |
|   | Apellidos y nombre<br>Last name and first name                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Fecha de nacimiento<br>(día / mes / año)<br>Date of birth<br>(day / month / year) | Lugar de Nacimiento<br>(Localidad y país)<br>Place of Birth<br>(City and Country) |
|   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                   |                                                                                   |
|   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                   |                                                                                   |
|   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                   |                                                                                   |
|   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                   |                                                                                   |
|   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                   |                                                                                   |
|   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                   |                                                                                   |
|   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                   |                                                                                   |
|   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                   |                                                                                   |

|   |                                                                                                                                 |                       |                                                  |
|---|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|--------------------------------------------------|
| 4 | <b>DECLARACIÓN DE ACTIVIDADES LABORALES DEL ASEGURADO EN ESPAÑA</b><br><b>EMPLOYMENT HISTORY OF THE INSURED PERSON IN SPAIN</b> |                       |                                                  |
|   | Nombre y dirección de la empresa<br>Name and address of employer                                                                | Provincia<br>Province | Período / Period<br>Desde / From      Hasta / To |
|   |                                                                                                                                 |                       |                                                  |
|   |                                                                                                                                 |                       |                                                  |
|   |                                                                                                                                 |                       |                                                  |
|   |                                                                                                                                 |                       |                                                  |
|   |                                                                                                                                 |                       |                                                  |
|   |                                                                                                                                 |                       |                                                  |
|   |                                                                                                                                 |                       |                                                  |
|   |                                                                                                                                 |                       |                                                  |

|   |                                                                                                                                                         |                                                      |                                   |                                                  |
|---|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------------------|
| 5 | <b>PERÍODOS TRABAJADOS EN OTROS PAISES</b><br><b>PERIODS OF WORK IN OTHER COUNTRIES</b>                                                                 |                                                      |                                   |                                                  |
|   | Nombre de la empresa, o en su defecto, trabajos como autónomo, en el mar, etc.<br>Name of enterprise, works as self employed person, works at sea, etc. | Número de Seguridad Social<br>Social Security number | Ciudad y País<br>City and Country | Período / Period<br>Desde / From      Hasta / To |
|   |                                                                                                                                                         |                                                      |                                   |                                                  |
|   |                                                                                                                                                         |                                                      |                                   |                                                  |
|   |                                                                                                                                                         |                                                      |                                   |                                                  |
|   |                                                                                                                                                         |                                                      |                                   |                                                  |
|   |                                                                                                                                                         |                                                      |                                   |                                                  |
|   |                                                                                                                                                         |                                                      |                                   |                                                  |

**6** DECLARACIÓN DE CONVIVENCIA (SOLO PARA PENSIONES DE MUERTE Y SUPERVIVENCIA)  
DECLARATION OF COEXISTENCE (ONLY FOR DEATH AND SURVIVOR'S PENSIONS)

DECLARO, bajo mi responsabilidad, que convivía con .....

en el siguiente domicilio:.....

desde ...../...../....., hasta ...../...../.....

*I DECLARE, under my responsibility, that I lived with: .....*

*in the following address:.....*

*from: ...../...../....., to: ...../...../.....*

**7** FECHA Y FIRMA DEL SOLICITANTE (CUMPLIMENTAR EN TODOS LOS CASOS)  
DATE AND APPLICANT'S SIGNATURE (TO BE COMPLETED IN ALL CASES)

**Declaro** bajo mi responsabilidad que son ciertos los datos que consigno en el presente formulario. Así mismo, manifiesto que quedo enterado de la obligación de comunicar al Instituto Nacional de la Seguridad Social o al Instituto Social de la Marina cualquier variación en los datos declarados que pueda producirse en lo sucesivo.

**I declare**, under my responsibility, that the information I provide in this form is truthful. Likewise, I state I know my liability to notify the INSS or ISM any change of circumstances concerning the information provided, that may take place in the future.

.....  
lugar /place                      día/day                      mes /month                      año/year

Firma del solicitante / Applicant's signature,

## NOTAS / NOTES

- (1) Marque lo que proceda  
*Mark whichever is applicable.*
- (2) En las solicitudes de vejez e invalidez : los datos del propio asegurado  
En las de viudedad, los correspondientes al viudo o la viuda.  
En las de orfandad, los correspondientes al viudo o la viuda o en su defecto, el representante legal de los huérfanos  
*In applications for old age or invalidity pension, give the details of the insured person.*  
*In applications for widow's pension, give details of the widow or widower.*  
*In applications for orphan's pension, give details of the widow/widower or if none of the orphan's legal representative.*
- (3) En las solicitudes de vejez e invalidez, los datos del cónyuge del asegurado.  
En las de supervivencia, los del asegurado fallecido  
*In applications for old age or invalidity pension, give the details of the insured person's spouse*  
*In applications for a survivor's pension, give details of the deceased insured person.*
- (4) Para nacionales españoles, consignar los dos apellidos.  
*For spanish nationals, give two last names.*
- (5) Número, calle, localidad, distrito postal, país.  
*Number, street, city, postal code, country*
- (6) Para nacionales españoles, indicar el número del Documento Nacional de Identidad (DNI), aunque esté caducado.  
Si no se posee, indicar expresamente "No tiene"  
*For spanish nationals, indicate the number of National Identity Card (DNI), even if it is void.*  
*If he/she does not have one, state: "No National Identity Card"*
- (7) Indicar de entre éstos, el que proceda: soltero, casado, separado, divorciado, viudo y, a continuación desde cuándo.  
*State whether single, married, separated, divorced (give date of divorce or widowed)*
- (8) Indicar lo que proceda: accidente de trabajo, enfermedad profesional, accidente no laboral, enfermedad común  
*Indicate which is relevant: industrial accident, occupational disease, non industrial accident or common illness*
- (9) Euros o dólares USA.  
*Euros or US. Dollars.*

## DOCUMENTOS QUE DEBE PRESENTAR CON ESTA SOLICITUD DOCUMENTS THAT YOU MUST SUBMIT WITH THIS CLAIM

### a) Solicitud de pensión de vejez / *Claim for an old age pension:*

Documento Nacional de Identidad o, en su defecto, Certificado de Nacimiento  
*Spanish National Identity Card or, if not : Birth certificate.*

Libreta de Navegación española o cualquier tipo de documentación que lo acredite, si ha realizado trabajos en el mar  
*Spanish navigation book if he has worked at sea, or any other documentary evidence.*

### b) Solicitud de pensión de invalidez / *Claim for an invalidity pension:*

Documento Nacional de Identidad o, en su defecto, Certificado de Nacimiento  
*Spanish National Identity Card or, if not : Birth certificate.*

Documentación médica  
*Medical evidence*

Libreta de Navegación española o cualquier tipo de documentación que lo acredite, si ha realizado trabajos en el mar  
*Spanish navigation book if he has worked at sea, or any other documentary evidence.*

### c) Solicitud de prestación por muerte y supervivencia / *Claim for survivor's benefits :*

En todo caso / *In all cases:*

Certificación de defunción, en la que conste la causa del fallecimiento  
*Death certificate, stating cause of death*

#### Pensión de viudedad / *widow's pension*

Documento Nacional de Identidad o, en su defecto, Certificado de Nacimiento de la viuda o el viudo  
*Spanish National Identity Card or, if not : Birth certificate of the widow / widower*

Libro de familia, o en su defecto, certificación de nacimiento  
*Family book or marriage certificate.*

#### Pensión de orfandad / *Orphan's pension*

Libro de Familia o, en su defecto, DNI o Certificado de nacimiento de los hijos por los que se solicita pensión (menores de 18  
*Family book or DNI or Birth Certificate of the children for whom pension is being (under 18 or over if disabled) In case of*

INFORMACIÓN ADICIONAL PARA PRESTACIONES DE SUPERVIVENCIA

ADDITIONAL INFO FOR SURVIVOR'S PENSION

| 8 | HIJOS A CARGO<br>DEPENDENT CHILDREN | Apellidos y nombre<br><i>Last name and first name</i> | Fecha de nacimiento<br><i>Date of birth</i> | ¿Está incapacitado para el trabajo?<br><i>Is he incapacitated for the work?</i> | ¿Es pensionista o Titular de Renta?<br><i>Is He pensioner or entitled to income?</i> | ¿Obtiene otros ingresos?<br><i>Does he receive other income?</i> |
|---|-------------------------------------|-------------------------------------------------------|---------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|
|   |                                     |                                                       |                                             |                                                                                 |                                                                                      |                                                                  |
|   |                                     |                                                       |                                             |                                                                                 |                                                                                      |                                                                  |
|   |                                     |                                                       |                                             |                                                                                 |                                                                                      |                                                                  |
|   |                                     |                                                       |                                             |                                                                                 |                                                                                      |                                                                  |
|   |                                     |                                                       |                                             |                                                                                 |                                                                                      |                                                                  |
|   |                                     |                                                       |                                             |                                                                                 |                                                                                      |                                                                  |
|   |                                     |                                                       |                                             |                                                                                 |                                                                                      |                                                                  |

| 9                                                                                                          | DATOS A CUMPLIMENTAR ÚNICAMENTE SI SOLICITA PRESTACIÓN EN FAVOR DE FAMILIARES<br>(Nietos, hermanos, padres, abuelos, hijas que reúnan determinados requisitos de edad, estado civil, convivencia, falta de medios, etc. según el caso)<br><br><b>TO BE COMPLETED ONLY WHEN CLAIMING FOR BENEFITS FOR FAMILY MEMBERS</b><br>(Grandchildrens, brothers, sisters, parents, grandparents and daughters that fulfil certain conditions of age, civil status, cohabitation, lack of means, etc. as the case may be. |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Parentesco con el fallecido<br><i>Relationship to the deceased</i>                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| ¿Convivía con la persona fallecida?<br><i>Did he/she live with the deceased?</i>                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| ¿Dependía económicamente de la persona fallecida?<br><i>Did he/she depend financially on the deceased?</i> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |

El familiar que solicite prestación en favor de familiares deberá cumplimentar el apartado 1 "Datos personales del asegurado y de su cónyuge" de este formulario indicando los datos propios en la columna relativa al "solicitante" y los datos de la persona fallecida en la columna relativa al "cónyuge".

*The relative claiming for a benefit for family members shall complete part 1 "Information concerning the insured person and spouse" of this form, stating his/her person information in the space concerning the "claimant" and the information about the deceased in the space reserved for the "spouse"*

**DOCUMENTACIÓN QUE DEBE PRESENTAR**  
**DOCUMENTS TO BE SUBMITTED**

**En todo caso**  
**In all cases**

- Documento Nacional de Identidad español  
*Spanish National Identity Card*
- Certificado de Defunción, donde se haga constar la causa del fallecimiento  
*Death certificate stating the cause of death*
- Libro de Familia o Certificación de las actas que acrediten el parentesco del solicitante con el fallecido  
*Family Book or Certificate stating relationship of the claimant to the deceased.*
- Declaración de la convivencia del solicitante con el fallecido  
*Statement that the claimant lived with the deceased*
- Libreta de navegación o documentación que acredite los trabajos en el mar del fallecido, si procede  
*Navigation Book or documentary evidence stating the works carried out by the deceased at sea, where applicable.*

**Si el solicitante era nieto o hermano del fallecido**  
**If the claimant was a grandchild or a brother/sister of the deceased**  
Certificado de Defunción del padre del nieto o hermano  
*Death certificate of the grandchild's or the brother's/sister's father.*