



MINISTERIO DE TRABAJO Y SEGURIDAD SOCIAL
Secretaría General para la Seguridad Social
INSTITUTO NACIONAL DE SEGURIDAD SOCIAL

(sello del Registro)



INV17 UE



Solicitud de Pensión de **INVALIDEZ** Reglamentos Comunitarios

Rellene este impreso de la forma más exacta posible porque así facilitará el trámite de su prestación.

Antes de empezar a escribir, lea detenidamente todos los apartados, así como las instrucciones para su cumplimentación.

Escriba con claridad y en letras mayúsculas para evitar errores de interpretación.

1. DATOS PERSONALES

| ESPAÑOLES Y PORTUGUESES | | OTRAS NACIONALIDADES | | | | |
|--|--|---|--|-----------------------------|--------------------------|--|
| Primer apellido | | Apellido familiar | | | | |
| Segundo apellido | | Apellido de soltera | | | | |
| Nombre | | Nombre | | | | |
| Núm. DNI o equivalente | | Apellidos anteriores | | | | |
| Fecha de nacimiento | Sexo: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer | E. civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Casado | Núm. afiliación a la Seguridad Social española | | | |
| | <input type="checkbox"/> Divorciado con nuevas nupcias | <input type="checkbox"/> Divorciado sin nuevas nupcias | | | | |
| Apellidos y nombre del padre | | Apellidos y nombre de la madre | | | | |
| Lugar de nacimiento (Localidad, Provincia o Departamento y País) | | | Nacionalidad | | Fecha de nacionalización | |
| Núm. de teléfono | Domicilio (calle o plaza) | | | Número | Bloque | |
| | | | | Escalera | Piso | |
| | | | | Puerta | | |
| Código Postal | Localidad | Provincia o Departamento | | País de residencia habitual | | |

2. DATOS SOBRE LA POSIBLE INVALIDEZ

| | | | | |
|--|---|---|---|---|
| CAUSA QUE LA PRODUJO | <input type="checkbox"/> Enfermedad común | <input type="checkbox"/> Enfermedad profesional | <input type="checkbox"/> Accidente no laboral | <input type="checkbox"/> Accidente de trabajo |
| | ¿Existe un Tercero responsable de la Invalidez? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO | | | |
| | Entidad aseguradora de accidentes (INSS o Mutua de AT y EP): | | | |
| Si está de baja médica, indique desde qué fecha: / / | | | | |
| PROFESIÓN HABITUAL | | | | |
| ¿QUÉ DIFICULTADES ENCUENTRA PARA REALIZAR LAS TAREAS DE SU PROFESIÓN? | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

A CUMPLIMENTAR POR LA
DIRECCIÓN PROVINCIAL DEL INSS

Fecha hecho causante

Régimen

Sector

Clave prestación

3. DATOS DE SITUACIÓN LABORAL Y DE SEGURO

SÍ NO Fecha en la que dejó de trabajar: / /
CAUSA POR LA QUE NO TRABAJABA:
 Estaba desempleado Estaba acogido a Convenio Especial
 Era trabajador de temporada Otra causa (indique cual):
 Era trabajador en excedencia

PUESTOS DE TRABAJO DESEMPEÑADOS EN EL AÑO ANTERIOR A LA BAJA
 CATEGORÍA: TAREAS REALIZADAS:

¿TRABAJA ACTUALMENTE?
 SÍ
 POR CUENTA AJENA Duración semanal del trabajo:
 Importe mensual: Núm. de pagas:
 POR CUENTA PROPIA Naturaleza de la actividad:
 Importe mensual: Núm. de pagas:
 NO
 Fecha en que dejó de trabajar: / /
 En actividad por cuenta ajena
 En actividad por cuenta propia
 SITIENE OTROS INGRESOS: Naturaleza:
 Importe anual: ptas.

¿VA A SEGUIR TRABAJANDO CUANDO SEA PENSIONISTA?
 NO
 SÍ Empresa u Organismo:
 Tipo de actividad: Importe mensual: ptas. Núm. de pagas:

¿HA ESTADO SOMETIDO A REEDUCACIÓN PROFESIONAL DESDE EL PRINCIPIO DE SU INCAPACIDAD?
 NO
 SÍ ¿Para qué clase de empleo?: ¿Duración?: desde hasta
 Datos del empresario para el que ha trabajado:
 Nombre o razón social:
 Dirección:

¿COBRA O HA SOLICITADO ALGUNA PRESTACIÓN ADEMÁS DE LA QUE AHORA SOLICITA?
 NO SÍ Indique cual:

| TIPO DE PRESTACIÓN | Ha solicitado | FECHA SOLICITUD | Cobra | IMPORTE | INSTITUCIÓN PAGADORA | PAIS |
|---|--------------------------|-----------------|--------------------------|---------|----------------------|------|
| 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"/> | | | |
| Prestaciones por la asistencia de una tercera persona | <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"/> | | | |

Si ha marcado alguna prestación, indique la periodicidad con la que cobra:
 Semanal Mensual Anual

¿HA SOLICITADO EN OTRO PAÍS LA INSCRIPCIÓN A UN SEGURO VOLUNTARIO O FACULTATIVO CONTINUADO?
 NO
 SÍ ¿En qué país?:
 ¿Para qué Prestación?: Invalidez Vejez Delusión

¿HA PERCIBIDO RENTAS DURANTE EL AÑO ANTERIOR AL QUE SOLICITA LA INVALIDEZ?
 NO
 SÍ DE TRABAJO (por actividad distinta a aquella por la que pide la Invalidez)
 DE CAPITAL (intereses de cuentas corrientes, libretas de ahorro, acciones, etc.)
 OTROS INGRESOS: Cuantía anual: ptas.

6. DATOS ESPECÍFICOS DE ALGUNOS PAÍSES DE LA UNIÓN EUROPEA Y DEL ESPACIO ECONÓMICO EUROPEO (rellene los apartados correspondientes a los países en los que haya trabajado)

ALEMANIA

DE LOS HIJOS MENCIONADOS EN EL APARTADO 4., INDIQUE AQUÍ AQUELLOS QUE HAYAN SIDO EDUCADOS EN ESTE PAÍS DURANTE SU PRIMER AÑO DE VIDA Y TAMBIÉN AQUELLOS HIJOS QUE EN LA ACTUALIDAD CONTINUAN SUS ESTUDIOS O EJERCEN FUNCIONES DE APRENDIZ.

| Apellidos y Nombre | Educación primer año de vida | ¿Estudia o es aprendiz? |
|--------------------|------------------------------|-------------------------|
| | | |

AUSTRIA

Número de Afiliación a la Seguridad Social austriaca:

BÉLGICA

SI TIENE ASCENDIENTES A CARGO, INDIQUE:

SI ALGÚN ASCENDIENTE VIVE EN DOMICILIO DIFERENTE AL FAMILIAR, INDIQUE:

| SI TIENE ASCENDIENTES A CARGO, INDIQUE: | | | SI ALGÚN ASCENDIENTE VIVE EN DOMICILIO DIFERENTE AL FAMILIAR, INDIQUE: | |
|---|---------------------|-----------------------|--|--------------------|
| Apellidos y Nombre | Fecha de nacimiento | Vínculo de Parentesco | Apellidos y Nombre | Dirección Completa |
| | | | | |

DINAMARCA

Última dirección del/la Solicitante en Dinamarca

Número de afiliación (CPR y/o ATP)

FINLANDIA

Número de Afiliación a la Seguridad Social Finlandesa:

FRANCIA

Si es Vd. Pensionista, indique número de referencia

Última dirección del/la Solicitante en Francia

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

| Apellidos y Nombre | Apellidos y Nombre |
|--------------------|--------------------|
| | |

PAÍSES BAJOS

Indique los Apellidos del último Cónyuge (si ha estado casado y posteriormente ha contraído nuevas nupcias)

Última dirección del/la Solicitante en Países Bajos

PORTUGAL

Indique la Parroquia correspondiente a su Lugar de Nacimiento

SI NECESITA LA AYUDA DE UNA TERCERA PERSONA PARA REALIZAR LOS ACTOS ESENCIALES DE SU VIDA, INDIQUE LOS SIGUIENTES DATOS SOBRE LA MISMA:

Apellidos y Nombre

Dirección completa

REINO UNIDO

SI TIENE ASCENDIENTES A CARGO, INDIQUE:

SI ALGÚN ASCENDIENTE VIVE EN DOMICILIO DIFERENTE AL FAMILIAR, INDIQUE:

| SI TIENE ASCENDIENTES A CARGO, INDIQUE: | | | SI ALGÚN ASCENDIENTE VIVE EN DOMICILIO DIFERENTE AL FAMILIAR, INDIQUE: | |
|---|---------------------|-----------------------|--|--------------------|
| Apellidos y Nombre | Fecha de nacimiento | Vínculo de Parentesco | Apellidos y Nombre | Dirección Completa |
| | | | | |

SUECIA

Número de Afiliación a la Seguridad Social sueca:

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

7. PERIODO QUE ELIGE PARA EL CÁLCULO DE LA PENSIÓN (sólo en el caso de accidente no laboral)

Desde / / Hasta / /

8. ELECCIÓN DE MODALIDAD DE COBRO DE SU FUTURA PENSIÓN

| | | | | | | | |
|---|--|--|-------------------------|-----------|-----------|--|------|
| POR BANCO O CAJA DE AHORROS | ENTIDAD FINANCIERA | | Núm. AGENCIA o SUCURSAL | DOMICILIO | | | Núm. |
| | CÓDIGO | NOMBRE DE LA ENTIDAD | | | | | |
| | CÓDIGO POSTAL | LOCALIDAD | PROVINCIA | PAÍS | | | |
| | <p>PAGO EN ESPAÑA</p> <input type="checkbox"/> EN VENTANILLA <input type="checkbox"/> Restringida <input type="checkbox"/> EN CUENTALIBRETA <input type="checkbox"/> Ordinaria | | | | | | |
| <p>PAGO EN EL EXTRANJERO</p> <input type="checkbox"/> CHEQUE <input type="checkbox"/> TRANSFERENCIA Núm. de Cuenta: | | | | | | | |
| POR GRADUADO SOCIAL | Núm. de Cuenta Graduado Social | APELLIDOS Y NOMBRE del GRADUADO SOCIAL | | | DOMICILIO | | Núm. |
| | CÓDIGO POSTAL | LOCALIDAD | PROVINCIA | | | | |
| POR GIRO POSTAL | <input type="checkbox"/> (Sólo si en su localidad de residencia NO puede disponer de otra modalidad de cobro) | | | | | | |

DECLARO, bajo mi responsabilidad, que son ciertos los datos que consigno en la presente solicitud, manifestando, igualmente, mi consentimiento para la aportación del historial clínico por parte de los Servicios Sanitarios, y quedo enterado de la obligación de comunicar al Instituto Nacional de Seguridad Social cualquier variación de los datos en ella expresados que pudiera producirse en lo sucesivo, y

SOLICITO, mediante la firma del presente impreso, que se dé curso a mi solicitud de prestación de Invalidez, adoptando para ello todas las medidas necesarias para su mejor resolución.

....., a de de 199

Firma del solicitante,

DOCUMENTOS QUE DEBE PRESENTAR CON ESTA SOLICITUD

EN TODOS LOS CASOS:

1. DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD Y TARJETA DE IDENTIFICACIÓN FISCAL DEL SOLICITANTE.
2. DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD del Cónyuge y de los Hijos mayores de 14 años que conviven con el solicitante y a su cargo
3. DOCUMENTACIÓN RELATIVA A LA COTIZACIÓN:
 - a) Si la empresa es la obligada al ingreso de cuotas: Certificado de la última empresa o empresas, según modelo oficial.
 - b) Si es Vd. el obligado al ingreso de cuotas: Justificante de pago de los últimos meses, incluido el último exigible, teniendo en cuenta las peculiaridades del Régimen de que se trate.
 - c) Si está Vd. en Desempleo: el Certificado, según modelo oficial, será cumplimentado por el Instituto Nacional de Empleo.

SÓLO SI SE ENCUENTRA EN ALGUNA DE ESTAS SITUACIONES:

4. SI ESTÁ CASADO/A Y/O TIENE HIJOS: LIBRO DE FAMILIA actualizado o, si no lo tiene, certificación en extracto de las Actas de Matrimonio y de Nacimiento de los hijos, expedidas por el Registro Civil.
5. SI TRABAJA EN ALGUNA ACTIVIDAD QUE SUPONGA BONIFICACIÓN TANTO DE EDAD COMO DE AÑOS DE COTIZACIÓN: Certificados de las empresas en los que figuren categoría profesional y periodos trabajados.

DOCUMENTO ESPECIAL:

La acreditación mediante tarjeta de seguro, certificado de trabajo o cualquier otro documento oficial que avale el ejercicio de la actividad laboral en los países en que lo haya manifestado.

RECUERDE QUE SI DESPUÉS DE HABER PRESENTADO ESTA SOLICITUD SE PRODUCE ALGUNA VARIACIÓN EN SU SITUACIÓN **ECONÓMICA** (iniciación de una actividad laboral por Vd. o por su cónyuge, percepción de otras pensiones, etc.), **FAMILIAR** (cambios de estado civil, nacimientos, defunciones, etc.), **O EN SU DOMICILIO**, TIENE VD. LA OBLIGACIÓN DE COMUNICARLO A LA DIRECCIÓN PROVINCIAL O AGENCIA DE ESTE INSTITUTO MÁS CERCANA.

EL INSTITUTO NACIONAL DE SEGURIDAD SOCIAL LE INFORMA:

- ✓ Esta Solicitud va a ser tratada con medios informáticos.
- ✓ Los datos personales aportados por Vd. van a ser incorporados a un fichero informático, a efectos de servir de base para el cálculo, control y revalorización de la pensión, que en su caso se le reconozca.
- ✓ Dichos datos serán custodiados por la Dirección General del Instituto Nacional de Seguridad Social.
- ✓ La inclusión de datos falsos, así como la obtención fraudulenta de prestaciones, pueden ser constitutivas de delito.

NO OLVIDE PEDIR EL RESGUARDO ACREDITATIVO DE HABER PRESENTADO ESTA SOLICITUD

Si va a enviar por Correo esta solicitud, puede aportar la documentación solicitada mediante fotocopia de la misma debidamente compulsada por funcionario público autorizado para ello (Notario, Secretario de Ayuntamiento, Secretario Judicial, etc.)

INSTRUCCIONES PARA LA CUMPLIMENTACIÓN DE LA SOLICITUD DE PENSIÓN DE INVALIDEZ

En todo momento puede Vd. solicitar asesoramiento y apoyo de nuestro personal de atención al público.

- 1. DATOS PERSONALES.-** Consigne sus datos de identificación personal y de residencia permanente.
- 2. DATOS SOBRE LA POSIBLE INVALIDEZ.-** Cruce con un aspa (X) la casilla correspondiente a la causa por la que se produjo la lesión. Indique también si existe un tercero responsable de la invalidez, así como la Entidad Aseguradora de Accidentes (INSS o Mutua de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales), y por último, en su caso, la fecha de su baja médica. Consigne la profesión a que se dedicaba habitualmente, así como las dificultades que encuentra para realizar la misma.
- 3. DATOS DE SITUACIÓN LABORAL Y DE SEGURO.-** Cruce con un aspa la casilla correspondiente. Si no trabajaba en el momento de la baja no olvide consignar la fecha en la que dejó de trabajar, indicando, igualmente, las tareas que realizaba y su categoría, en los puestos de trabajo desempeñados en el año anterior a la baja. Indique, asimismo, si trabaja actualmente y si una vez concedida la pensión que ahora solicita va a seguir trabajando, especificando empresa, actividad e importe mensual. Consigne si ha estado sometido a reeducación profesional desde que inició su incapacidad. Indique, en el apartado siguiente, si cobra Vd. otra pensión o ha solicitado que se le reconozca alguna además de la presente, así como si ha solicitado en otro país la inscripción a un seguro voluntario o facultativo continuado. Consigne, igualmente, la cuantía que en concepto de rentas de capital (intereses, dividendos, etc.), rentas de trabajo (por cuenta propia o ajena, y producidas por una actividad laboral distinta a la que da lugar a su petición de invalidez) u otros ingresos, percibió Vd. durante el año inmediatamente anterior al actual, a efectos de posible garantía de cuantías mínimas.
- 4. DATOS SOBRE FAMILIARES.-** Consigne los datos de su cónyuge o persona con la que conviva regularmente, indicando si ejerce o ha ejercido alguna actividad profesional, si está incapacitado para el trabajo, si ha solicitado o cobra alguna prestación económica, o si percibe otro tipo de rentas o ingresos. Indique los hijos que viven en la actualidad, tanto los que lo hacen en el domicilio familiar como los que no, así como si hubiere hijos fallecidos.
- 5. DATOS SOBRE PERIODOS TRABAJADOS Y/O SIN ACTIVIDAD LABORAL.-** Este apartado sirve para conocer, en extracto, su vida laboral. Donde dice "TRABAJADOS 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. Indique también si estuvo afiliado al Retiro Obrero y dónde. En el espacio "TRABAJADOS 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 mencionado ese mismo país en el apartado anterior. Consigne, asimismo, los datos referidos a periodos trabajados en países no miembros de la Unión Europea ni del Espacio Económico Europeo.
- 6. DATOS ESPECÍFICOS DE ALGUNOS PAÍSES DE LA UNIÓN EUROPEA Y DEL ESPACIO ECONÓMICO EUROPEO:**
 - ALEMANIA.-** Consigne los hijos educados en este país durante su primer año de vida y también aquellos hijos que continúan sus estudios o ejercen funciones de aprendiz.
 - AUSTRIA.-** Indique el número de afiliación a la Seguridad Social austriaca.
 - BÉLGICA.-** Indique si tiene ascendientes, tanto si están a cargo como si viven en domicilio diferente al familiar.
 - DINAMARCA.-** Consigne la última dirección que tuvo en este país, así como el número de afiliado.
 - FINLANDIA.-** Indique el número de afiliación a la Seguridad Social finlandesa.
 - FRANCIA.-** Indique el número de referencia en el caso de que sea Vd. pensionista. Indique, asimismo, la última dirección que tuvo en este país. Consigne los hijos que hayan estado a su cargo al menos durante nueve años desde su nacimiento hasta cumplir los dieciséis, aunque hubieran fallecido.
 - PAÍSES BAJOS.-** Indique los apellidos del último cónyuge y la última dirección que haya tenido en estos países.
 - PORTUGAL.-** Indique la parroquia perteneciente a su lugar de nacimiento y, en caso de necesitar una tercera persona para realizar los actos esenciales de su vida, hará constar los datos personales de la misma y su dirección.
 - REINO UNIDO.-** Indique si tiene ascendientes, tanto si están a su cargo como si viven en domicilio diferente del familiar.
 - SUECIA.-** Indique el número de afiliación a la Seguridad Social sueca. Si alega periodos anteriores a 1960, deberá aportar recibo de pago de impuestos.
 - ISLANDIA, LIECHTENSTEIN y NORUEGA:** Sin determinar. Consultar en su caso.
- 7. PERIODO QUE ELIGE PARA EL CÁLCULO DE LA PENSIÓN (sólo en caso de accidente no laboral).-** Deberá cumplimentar este apartado únicamente si la causa de la invalidez fue accidente no laboral y en el momento en el que se produjo se encontraba Vd. de alta en la Seguridad Social o situación asimilada. Indique el periodo de 24 meses que elige dentro de los últimos 7 años para poder efectuar el cálculo de la pensión. Si lo desconoce o lo deja en blanco por otra causa, la Dirección Provincial del INSS tomará para ello el periodo que, a su juicio, resulte más favorable para Vd.
- 8. ELECCIÓN DE MODALIDAD DE COBRO DE SU FUTURA PENSIÓN.-** Cruce con un aspa la casilla de la modalidad de cobro por la que desea que se le abone su pensión una vez reconocida. Si elige hacerlo por Entidad Financiera o Graduado Social, cumplimente los datos que figuran en el correspondiente apartado.