MINISTERIO DE TRABAJO Y ASUNTOS SOCIALES
Secretaría de Estado de la Seguridad Social
INSTITUTO NACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL

# Solicitud de Pensión de INCAPACIDAD

(sello del Registro)

INC17

*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

| Primer apellido | Segundo apellido | Nombre | DNI – NIE – Pasaporte |
|---|---|---|---|
| | | | |

| Fecha de nacimiento | Sexo Hombre ☐ Mujer ☐ | E. civil | ¿Se encuentra en alguna de estas situaciones? ☐ Separación judicial ☐ Divorcio ☐ Matrimonio nulo | Nombre del padre | Nombre de la madre |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | |

| Núm. afiliación a la Seguridad Social | Domicilio (calle o plaza) | Número | Bloque | Escalera | Piso | Puerta |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | |

| C. postal y localidad | Provincia | Núm. de teléfono | Nacionalidad |
|---|---|---|---|
| | | | |

## 2. DATOS SOBRE LA POSIBLE INCAPACIDAD

**CAUSA QUE LA PRODUJO**

☐ Enfermedad común ☐ Enfermedad profesional ☐ Accidente no laboral ☐ Accidente de trabajo

Entidad aseguradora de accidentes de trabajo: .....

Si está de baja médica, indique desde qué fecha ..... / ..... / .....

Entidad de cobertura del subsidio por incapacidad temporal .....

**ENFERMEDADES Y LESIONES QUE PADECE Y ALEGA**

.....

.....

**¿QUÉ DIFICULTADES ENCUENTRA PARA REALIZAR LAS TAREAS DE SU PROFESIÓN?**

.....

.....

.....

.....

## 3. DATOS DE SU SITUACIÓN LABORAL

**¿TRABAJABA EN EL MOMENTO DE LA BAJA MÉDICA?**

☐ SÍ

☐ NO Fecha en la que dejó de trabajar .....

**CAUSA POR LA QUE NO TRABAJABA:**

☐ Estaba desempleado ☐ Era trabajador en excedencia

☐ Era trabajador de temporada ☐ Otra causa (indique cual) .....

¿Estaba acogido a Convenio Especial? SÍ ☐ NO ☐

**PUESTOS DE TRABAJO DESEMPEÑADOS EN EL AÑO ANTERIOR A LA BAJA MÉDICA**

| PROFESIÓN O GRUPO PROFESIONAL | TAREAS QUE REALIZABA |
|---|---|
| | |
| | |
| | |
| | |

**FORMACIÓN**

.....

**A CUMPLIMENTAR POR LA DIRECCIÓN PROVINCIAL DEL INSS**

| Fecha hecho causante | Régimen | Sector | Clave prestación | |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |

6/010
DNSSprensa99

## 4. DATOS SOBRE PERIODOS TRABAJADOS Y/O DE RESIDENCIA

| | PERIODO (años) | | Indique nombre de la empresa o, en su caso, actividad de trabajo autónomo, convenio especial, desempleo, etc. | Núm. de inscripción de la empresa o de identificación en la Seguridad Social | PROVINCIA |
|---|---|---|---|---|---|
| | Desde | Hasta | | | |
| **TRABAJOS EN ESPAÑA** | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

¿Estuvo afiliado al Retiro obrero? ❒ NO ❒ SÍ ¿En qué provincia? .....

| | PAÍS | TRABAJO | RESIDENCIA (sin actividad laboral) |
|---|---|---|---|
| **TRABAJO O RESIDENCIA EN OTROS PAÍSES** | | | |
| | | ❒ | ❒ |
| | | ❒ | ❒ |
| | | ❒ | ❒ |
| | | ❒ | ❒ |

## 5. DATOS SOBRE SU FUTURA SITUACIÓN COMO PENSIONISTA

| | Clase de prestación | La cobraría ha solicitado | Cuantía mensual | Organismo que la abona o ante el que la ha solicitado | País |
|---|---|---|---|---|---|
| **Si cobra o ha solicitado otras prestaciones de organismos españoles o extranjeros** | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

| | Empresa u organismo | Actividad | Ingresos mensuales |
|---|---|---|---|
| **Si va a seguir trabajando en alguna actividad** | | | |
| | | | |

¿Ha obtenido usted en el año inmediatamente anterior al que solicita esta prestación algún ingreso distinto del obtenido de la actividad por la que la solicita? ❒ NO ❒ SÍ

¿Ha obtenido su cónyuge en el año inmediatamente anterior al que solicita la prestación algún ingreso? ❒ NO ❒ SÍ

(Si alguna de las respuestas anteriores es afirmativa, consigne a continuación los datos económicos)

| | | Rendimientos del trabajo y/o de actividades profesionales y empresariales, excluidos los procedentes de aquella actividad por la que solicita la incapacidad (importe neto) | Rendimientos del capital inmobiliario y/o mobiliario, excluidos los de la vivienda habitual (importe bruto) | Pensiones de organismos extranjeros y país (importe bruto) |
|---|---|---|---|---|
| **Importe de los ingresos obtenidos en el año inmediatamente anterior al que solicita la prestación** | | | | |
| | **SOLICITANTE** | | | |
| | **CÓNYUGE** | | | |

## 6. DATOS PERSONALES DE SU CÓNYUGE

| Primer apellido | Segundo apellido | Nombre |
|---|---|---|
| | | |

| DNI - NIE - Pasaporte | Núm. afiliación a la S.S. | Nacionalidad | Sexo | Fecha de nacimiento | Fecha de matrimonio |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | Hombre ❒ Mujer ❒ | | |

## 7. DATOS DE LOS FAMILIARES QUE CONVIVEN Y/O ESTÁN A CARGO DEL SOLICITANTE

| | Nombre y apellidos | DNI - NIE - Pasaporte | Fecha de nacimiento | Sexo | Est. civil | Núm. afiliación a la Seguridad Social | Si percibe rentas de trabajo y/o capital, periódicas de la S.S. o desempleo, indique cuantía anual | ¿Tiene derecho a asistencia sanitaria por título propio? |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **CONVIVIENTE** | | | | | | | | |
| **HIJOS** | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| **OTROS FAMILIARES** (indicar parentesco) | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

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

Desde ..... / ..... / ..... Hasta ..... / ..... / .....

## 9. 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 | |

**PAGO EN ESPAÑA**

❒ EN VENTANILLA

❒ EN CUENTA/LIBRETA ❒ Restringida ❒ Ordinaria

Número Código Cuenta Cliente (CCC)

| ENTIDAD | OFICINA/SUCURSAL | DÍGITO CONTROL | NÚMERO DE CUENTA |
|---|---|---|---|
| | | | |

**PAGO EN EL EXTRANJERO** ❒ CHEQUE ❒ TRANSFERENCIA(1)

*(1) Imprescindible aportar certificación bancaria con todos los códigos de cuenta vigentes en ese país.*

**POR GRADUADO SOCIAL**

| Apellidos y nombre del Graduado Social | ENTIDAD FINANCIERA CÓDIGO | NOMBRE DE LA ENTIDAD |
|---|---|---|

| Domicilio (calle o plaza) | Número | Bloque | Escalera | Piso | Puerta |
|---|---|---|---|---|---|

| Código postal | Localidad | Provincia |
|---|---|---|

**POR GIRO POSTAL** ❒ (Sólo si en su localidad de residencia **NO** puede disponer de otra modalidad de cobro)

## 10. DATOS PARA LA RECEPCIÓN DE CORRESPONDENCIA (sólo si son distintos de los consignados en el apartado 1)

| Primer apellido | Segundo apellido | Nombre |
|---|---|---|

| Núm. de teléfono | Domicilio (calle o plaza) | Número | Bloque | Escalera | Piso | Puerta |
|---|---|---|---|---|---|---|

| Código postal | Localidad | Provincia o departamento | País de residencia habitual |
|---|---|---|---|

**DECLARO,** bajo mi responsabilidad, que son ciertos los datos que consigno en la presente solicitud, manifestando mi consentimiento para la aportación del historial clínico por parte de los Servicios Sanitarios, así como para la verificación de los datos económicos que obran en el Ministerio de Economía y Hacienda y las Haciendas Forales, y que quedo enterado de la obligación de comunicar al Instituto Nacional de la Seguridad Social cualquier variación de los datos en ella expresados que pudiera producirse en lo sucesivo.

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

Firma del solicitante,

## DILIGENCIA DE COMPULSA

A la vista de los siguientes documentos originales .....

.....

.....

se expide la presente diligencia de verificación para dejar constancia de que los datos reflejados en esta solicitud y tomados de dichos documentos coinciden fielmente con su contenido.

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

Firma del funcionario,

### EL INSTITUTO NACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL LE INFORMA:

- ✔ Esta Solicitud va a ser tratada con medios informáticos.
- ✔ Los datos personales aportados por usted 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 la Seguridad Social.
- ✔ La inclusión de datos falsos, así como la obtención fraudulenta de prestaciones, pueden ser constitutivas de delito.

**DIRECCIÓN PROVINCIAL DEL INSTITUTO NACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL DE** .....

## *INSTRUCCIONES PARA LA CUMPLIMENTACIÓN DE LA SOLICITUD DE PENSIÓN DE INCAPACIDAD PERMANENTE*

*En todo momento puede usted 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 INCAPACIDAD.-** Cruce con un aspa (X) la casilla correspondiente a la causa por la que se produjo la lesión. Indique también la Entidad aseguradora de accidentes (INSS o Mutua de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales), así como, en su caso, la fecha de su baja médica. Donde dice "ENFERMEDADES Y LESIONES QUE PADECE Y ALEGA", consigne, si así lo quiere hacer constar, las enfermedades y lesiones que sufre como consecuencia de la enfermedad o accidente y por las que solicita la pensión de Incapacidad.
3. **DATOS DE SITUACIÓN LABORAL.-** Cruce con un aspa la casilla correspondiente. Si no trabajaba en el momento de la baja médica, no olvide consignar la fecha en la que dejó de trabajar, indicando, igualmente, las tareas que realizaba en su trabajo. Donde dice "FORMACIÓN", indique los estudios realizados o la formación profesional adquirida.
4. **DATOS SOBRE PERIODOS TRABAJADOS Y/O DE RESIDENCIA.-** 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. Indique también si estuvo afiliado al Retiro Obrero y dónde. En el espacio "TRABAJO O RESIDENCIA EN OTROS PAÍSES" consigne el país o países, indicando en cuáles de ellos ha trabajado y en cuáles ha residido sin efectuar ningún trabajo.
5. **DATOS SOBRE SU FUTURA SITUACIÓN COMO PENSIONISTA.-** Indique en el apartado correspondiente, si cobra usted otra pensión o ha solicitado que se le reconozca alguna otra además de la presente. Indique, asimismo, si una vez concedida la pensión que ahora solicita va a seguir trabajando. A efectos del posible reconocimiento del complemento a mínimos, indique los ingresos obtenidos por usted en el año anterior al que solicita la pensión, distintos de los obtenidos de la actividad por la que la solicita, así como los de su cónyuge, computándose los mismos de acuerdo con la legislación fiscal.
6. **DATOS PERSONALES DE SU CÓNYUGE.-** Consigne los datos de identificación personal de su cónyuge.
7. **DATOS DE LOS FAMILIARES QUE CONVIVEN Y/O ESTÁN A CARGO DEL SOLICITANTE.-** Consigne los datos de la persona con la que conviva regularmente, si ésta se encuentra a su cargo, así como los de sus hijos. En el último apartado deben figurar también los demás familiares que estén incluidos en su cartilla de Asistencia Sanitaria y que convivan con usted y a su cargo.
8. **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 incapacidad fue accidente no laboral y en el momento en el que se produjo se encontraba usted 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 usted.
9. **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.
10. **DATOS PARA LA RECEPCIÓN DE CORRESPONDENCIA.-** Sólo deberá cumplimentar este apartado cuando los datos a reflejar en el mismo sean distintos a los indicados en el apartado 1, por desear que la correspondencia relacionada con esta solicitud le sea remitida a otro domicilio distinto al de su residencia habitual. Asimismo, las cartas pueden ir dirigidas al propio nombre del solicitante o bien a otra persona designada por éste.

## *DOCUMENTOS NECESARIOS PARA LA TRAMITACIÓN DE LA PENSIÓN SOLICITADA*

**DOCUMENTOS A PRESENTAR O EXHIBIR:**

1. **Documento Nacional de Identidad y Tarjeta de Identificación Fiscal** del solicitante, originales y en vigor.
2. **Documento Nacional de Identidad** del cónyuge o conviviente y de los familiares mayores de 14 años, que conviven con el solicitante y a su cargo, originales y en vigor.

**DOCUMENTOS A APORTAR O ENTREGAR:**

3. **Documentación relativa a la cotización:**
   a) Si la empresa es la obligada al ingreso de cuotas: Certificado de la última empresa o empresas en el que deberán consignarse las bases de cotización de los últimos ..... meses.
   b) Si es usted 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 usted en Desempleo: el Certificado, según modelo oficial, será cumplimentado por el Instituto Nacional de Empleo
4. **Documentación relativa a su posible incapacidad laboral:**
   a) Si obra en su poder, original o copia compulsada del historial clínico elaborado por el Servicio de Salud público competente o, en su caso, informe de la Inspección Médica de dicho Servicio.
   b) En el supuesto de accidente de trabajo o enfermedad profesional, parte administrativo de dichas contingencias.
5. **Si está casado/a, Libro de Familia** o certificado en extracto del Acta de Matrimonio, en fotocopia compulsada del original.

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

**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.)*

MINISTERIO DE TRABAJO
Y ASUNTOS SOCIALES

INSTITUTO NACIONAL DE
SEGURIDAD SOCIAL