

Deutsche Rentenversicherung Rheinland
 Dirección postal: 40194 Düsseldorf
 GERMANY
 Teléfono: +49 211 937 0
 Telefax: +49 211 937 3200
 E-Mail: info@drv-rheinland.de

Deutsche Rentenversicherung Bund
 Dirección postal: 10704 Berlin
 GERMANY
 Teléfono: +49 30 865 0
 Telefax: +49 30 865 27240
 E-Mail: drv@drv-bund.de

Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See
 Dirección postal: 44781 Bochum
 GERMANY
 Teléfono: +49 234 304-0
 Telefax: +49 234 304-53050
 E-Mail: rentenversicherung@kbs.de



DE / UY 2

Solicitud de pensión por sobrevivencia
 a cargo de la Deutsche Rentenversicherung

Las aclaraciones que se adjuntan están destinadas a ayudarle a rellenar la solicitud. Solicitamos conteste detalladamente a todas las preguntas, marque con una cruz lo que corresponda y adjunte los justificantes necesarios.

Antrag auf Hinterbliebenenrente
 aus der Deutschen Rentenversicherung

Die beiliegenden Erläuterungen sollen Ihnen beim Ausfüllen des Antrages helfen. Bitte beantworten Sie alle Fragen genau, kreuzen Sie Zutreffendes an und fügen Sie alle notwendigen Nachweise bei.

A Datos personales del asegurado fallecido

Angaben zur Person des verstorbenen Versicherten

1	Número de seguro alemán		Deutsche Versicherungsnummer
2	Referencia (si se conoce)		Kennzeichen (soweit bekannt)
3	Cédula de identidad uruguaya		Uruguayische Personalausweisnummer
4	Apellido(s)		Nachname
5	Nombre(s) (subrayar nombre principal)		Vorname(n) (Bitte Rufname unterstreichen.)
6	Apellido(s) de nacimiento (en caso de que difiera[n] del apellido actual)		Geburtsname (wenn abweichend)
7	Apellido(s) anteriores		Frühere Namen
8	Fecha de nacimiento (Solicitamos adjunte un certificado de nacimiento o bien se confirme en la parte N.)	día Tag mes Monat año Jahr	Geburtsdatum (Bitte Geburtsnachweis beifügen oder im Teil N bestätigen lassen.)
9	Lugar de nacimiento (Localidad, Departamento, Estado)		Geburtsort (Kreis, Land, Staat)
10	Fecha de fallecimiento (Solicitamos adjunte un certificado de defunción o bien se confirme en la parte N.)	día Tag mes Monat año Jahr	Sterbedatum (Bitte Sterbeurkunde beifügen oder im Teil N bestätigen lassen.)
11	Sexo	<input type="checkbox"/> masculino männlich <input type="checkbox"/> femenino weiblich	Geschlecht
12	Nacionalidad(es) en la fecha de fallecimiento (Solicitamos adjunte un justificante o bien se confirme en la parte N.)		Staatsangehörigkeit(en) zum Zeitpunkt des Todes (Bitte Nachweis beifügen oder im Teil N bestätigen lassen.)
13	¿Cuándo salió el asegurado fallecido de Alemania?	día Tag mes Monat año Jahr	Wann hat der verstorbene Versicherte Deutschland verlassen?
14	Último domicilio en Alemania (Localidad, distrito, calle)		Letzter Wohnsitz in Deutschland (Ort, Kreis, Straße)



Número de seguro alemán / Deutsche Versicherungsnummer
--

Referencia (si se conoce) / Kennzeichen (soweit bekannt)
--

B Datos personales de la viuda / del viudo / del concubino superviviente
(Solicitamos indique los datos personales del / de los huérfano(s) en la parte G.)

Encuentra más información en relación con el concubino superviviente en la hoja de aclaraciones.

Personalien der Witwe / des Witwers / des hinterbliebenen Lebenspartners
(Bitte Personalien der Waise(n) im Teil G eintragen.)

Nähere Informationen zum hinterbliebenen Lebenspartner können Sie den Erläuterungen entnehmen.

1	Apellido(s)		Nachname						
2	Nombre(s) (subrayar nombre principal)		Vorname(n) (Bitte Rufname unterstreichen.)						
3	Apellido(s) de nacimiento (en caso de que difiera[n] del apellido actual)		Geburtsname (wenn abweichend)						
4	Apellido(s) anteriores		Frühere Namen						
5	Fecha de nacimiento (Solicitamos adjunte un certificado de nacimiento o bien se confirme en la parte N.)	<table border="1"> <tr> <td>día Tag</td> <td>mes Monat</td> <td>año Jahr</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	día Tag	mes Monat	año Jahr				Geburtsdatum (Bitte Geburtsnachweis beifügen oder im Teil N bestätigen lassen.)
día Tag	mes Monat	año Jahr							
6	Nacionalidad(es) actual(es) (Solicitamos adjunte un justificante o bien se confirme en la parte N.)		Aktuelle Staatsangehörigkeit(en) (Bitte Nachweis beifügen oder im Teil N bestätigen lassen.)						
7	Dirección actual		Derzeitige Anschrift						
8	Número de teléfono		Telefonnummer						
9	Número de telefax		Telefaxnummer						
10	¿Ha residido en Alemania? En caso afirmativo: ¿Cuándo salió de Alemania?	<input type="checkbox"/> no nein <input type="checkbox"/> si ja <table border="1"> <tr> <td>día Tag</td> <td>mes Monat</td> <td>año Jahr</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	día Tag	mes Monat	año Jahr				Haben Sie in Deutschland gelebt? Falls ja, wann haben Sie Deutschland verlassen?
día Tag	mes Monat	año Jahr							
11	Número de seguro alemán propio del superviviente		Eigene deutsche Versicherungsnummer des Hinterbliebenen						
12	Número de cédula de identidad uruguaya del superviviente		Uruguayische Personalausweisnummer des Hinterbliebenen						
13	Número personal de identificación fiscal alemán (si se conoce)		Deutsche Persönliche Identifikationsnummer für steuerliche Zwecke (soweit bekannt)						
14	Fecha de celebración del matrimonio / de inscripción de la unión concubinaria (Solicitamos adjunte el certificado de matrimonio / de la unión concubinaria o bien se confirme en la parte N.)	<table border="1"> <tr> <td>día Tag</td> <td>mes Monat</td> <td>año Jahr</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	día Tag	mes Monat	año Jahr				Tag der Eheschließung / der Eintragung der Lebenspartnerschaft mit dem Versicherten (Bitte Heirats- / Lebenspartnerschaftsurkunde beifügen oder im Teil N bestätigen lassen.)
día Tag	mes Monat	año Jahr							
15	¿Persistió el vínculo matrimonial / concubinaria hasta la fecha de fallecimiento del asegurado?	<input type="checkbox"/> no nein <input type="checkbox"/> si ja	Bestand die Ehe / Eingetragene Lebenspartnerschaft bis zum Tod des Versicherten?						
16	¿Ha vuelto a contraer matrimonio / a constituir una unión concubinaria registrada después del fallecimiento del asegurado? En caso afirmativo, en fecha	<input type="checkbox"/> no nein <input type="checkbox"/> si ja <table border="1"> <tr> <td>día Tag</td> <td>mes Monat</td> <td>año Jahr</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	día Tag	mes Monat	año Jahr				Haben Sie nach dem Tod des Versicherten wieder geheiratet / eine Eingetragene Lebenspartnerschaft begründet? Falls ja, am
día Tag	mes Monat	año Jahr							



Número de seguro alemán / Deutsche Versicherungsnummer
--

Referencia (si se conoce) / Kennzeichen (soweit bekannt)
--

C Presentación de la solicitud por medio de otra persona
(Solicitamos adjunte el poder / justificante.)

Antragstellung durch andere Person
(Bitte Vollmacht / Nachweis beifügen.)

1	Apellido(s)	Nachname
2	Nombre(s) (subrayar nombre principal)	Vorname(n) (Bitte Rufname unterstreichen.)
3	Dirección	Anschrift
4	Número de teléfono	Telefonnummer
5	Número de telefax	Telefaxnummer

D Tipo de pensión solicitada

Beantragte Rentenart

1	Pensión de viudedad / pensión a favor de supervivientes de una unión concubinaria registrada	<input type="checkbox"/>	Witwenrente / Witwerrente / Rente an Hinterbliebene aus Eingetragener Lebenspartnerschaft
2	Pensión de viudedad por el penúltimo cónyuge / concubino registrado	<input type="checkbox"/>	Witwenrente / Witwerrente nach dem vorletzten Ehegatten / Eingetragenen Lebenspartner
3	Pensión de viudedad a cónyuges divorciados antes del 01.07.1977 (Solicitamos adjunte la sentencia de divorcio.)	<input type="checkbox"/>	Witwenrente / Witwerrente an vor dem 01.07.1977 geschiedene Ehegatten (Bitte Scheidungsurteil beifügen.)
4	Pensión de orfandad (Datos de los huérfanos en la parte G.)	<input type="checkbox"/>	Waisenrente (Angaben zu den Waisen in Teil G.)

A rellenar únicamente en caso de no haber cumplido todavía la edad establecida para una pensión de viudedad completa (véase hoja de aclaraciones, parte D, puntos 5 y 6).

Nur ausfüllen, falls Sie noch nicht das Alter für eine große Witwenrente / Witwerrente erreicht haben (siehe Erläuterungen, Teil D, Punkte 5 und 6).

5	¿Está usted educando a un hijo menor de 18 años o está cuidando de un hijo que no se puede mantener a si mismo por motivo de una minusvalía? (Solicitamos adjunte el certificado de nacimiento o el justificante de la minusvalía.) En caso afirmativo , solicitamos indique: - Nombre completo del hijo - Fecha de nacimiento del hijo	<input type="checkbox"/> no nein	<input type="checkbox"/> si ja	Erziehen Sie noch ein Kind unter 18 Jahren oder sorgen Sie für ein Kind, das wegen Behinderung außerstande ist, sich selbst zu unterhalten? (Bitte Geburtsnachweis oder Nachweis über die Behinderung beifügen.) Falls ja , bitte angeben: - vollständiger Name des Kindes - Geburtsdatum des Kindes
6	¿Estima usted que tiene una capacidad laboral reducida? (Solicitamos adjunte documentación e informes médicos.)	<input type="checkbox"/> no nein	<input type="checkbox"/> si ja	Halten Sie sich für erwerbsgemindert? (Bitte fügen Sie ärztliche Befunde und Unterlagen bei.)



Número de seguro alemán / Deutsche Versicherungsnummer

Referencia (si se conoce) / Kennzeichen (soweit bekannt)

E Datos complementarios en relación con la solicitud de pensión

Weitere Angaben zum Rentenanspruch

<p>1 ¿Fue causada la muerte del asegurado por un accidente de trabajo, una enfermedad profesional o similar?</p> <p>En caso afirmativo solicitamos indique</p> <ul style="list-style-type: none"> - La causa - La fecha del accidente 	<p><input type="checkbox"/> no / nein <input type="checkbox"/> si / ja</p> <p>día / Tag mes / Monat año / Jahr</p>	<p>Ist der Tod des Versicherten durch einen Arbeitsunfall, einer Berufskrankheit o. ä. verursacht worden?</p> <p>Falls ja, bitte angeben:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ursache - Tag des Unfalls
<p>2 ¿Fue causada la muerte del asegurado por otra persona o por un accidente?</p> <p>En caso afirmativo solicitamos indique</p> <ul style="list-style-type: none"> - La causa - La fecha del accidente <p>En caso de que la muerte fue causada por otra persona: Solicitamos indique el nombre y la dirección de quien causó el perjuicio.</p>	<p><input type="checkbox"/> no / nein <input type="checkbox"/> si / ja</p> <p>día / Tag mes / Monat año / Jahr</p>	<p>Ist der Tod des Versicherten durch eine andere Person oder durch einen Unfall verursacht worden?</p> <p>Falls ja, bitte angeben:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ursache - Tag des Unfalls <p>Falls der Tod durch eine andere Person verursacht wurde: Bitte Name und Anschrift des Schädigers angeben.</p>
<p>3 ¿Se ejercitó el derecho a indemnización de los perjuicios?</p> <p>En caso afirmativo, ¿contra quién? Solicitamos indique nombre y dirección</p> <p>Referencia</p>	<p><input type="checkbox"/> no / nein <input type="checkbox"/> si / ja</p>	<p>Wurden Schadensersatzansprüche geltend gemacht?</p> <p>Falls ja, gegen wen? Bitte Name und Adresse angeben.</p> <p>Aktenzeichen</p>
<p>4 ¿El asegurado fallecido ya ha solicitado / percibido una jubilación uruguaya u otra jubilación extranjera?</p> <p>En caso afirmativo solicitamos indique:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Período de percepción - Tipo de jubilación - Organismo de seguro (nombre y dirección) - Número de seguro, referencia 	<p><input type="checkbox"/> no / nein <input type="checkbox"/> si / ja</p> <p>desde / vom hasta / bis</p>	<p>Hat der verstorbene Versicherte bereits eine uruguayische oder eine andere ausländische Rente beantragt / bezogen?</p> <p>Falls ja, bitte angeben:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Zeit des Bezuges - Art der Rente - Versicherungsträger (Name und Adresse) - Versicherungsnummer, Aktenzeichen



Número de seguro alemán / Deutsche Versicherungsnummer

Referencia (si se conoce) / Kennzeichen (soweit bekannt)

F Datos adicionales de la viuda / del viudo / del superviviente de una unión concubinaria

Zusätzliche Angaben der Witwe / des Witwers / des Hinterbliebenen aus Eingetragener Lebenspartnerschaft

1	<p>¿Ha solicitado ya una pensión por sobrevivencia de Uruguay, Alemania u otro país extranjero o ha percibido una prestación de este tipo?</p> <p><input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p> <p>En caso afirmativo solicitamos indique:</p> <p>- Organismo de seguro / Estado</p>	<p>Haben Sie eine Hinterbliebenenrente aus Uruguay, Deutschland oder dem sonstigen Ausland beantragt oder schon einmal eine bezogen?</p> <p>Falls ja, bitte angeben:</p> <p>- Versicherungsträger / Staat</p>
	<p>- Número de seguro, referencia</p>	<p>- Versicherungsnummer, Aktenzeichen</p>
2	<p>¿Ha solicitado una pensión por sobrevivencia a cargo de un seguro de accidentes uruguayo, alemán o de otro país o ha percibido una prestación de este tipo?</p> <p><input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p> <p>En caso afirmativo solicitamos indique:</p> <p>- Organismo de seguro / Estado</p>	<p>Haben Sie eine Hinterbliebenenrente aus der uruguayischen, deutschen oder der Unfallversicherung eines anderen Staates beantragt oder schon einmal eine bezogen?</p> <p>Falls ja, bitte angeben:</p> <p>- Versicherungsträger / Staat</p>
	<p>- Número de seguro, referencia</p>	<p>- Versicherungsnummer, Aktenzeichen</p>

A rellenar únicamente en caso de que el matrimonio / la union concubinaria

- se celebró / se inscribió posterior al 31.12.2001 o bien
- se celebró / se inscribió anterior al 01.01.2002 y ambos cónyuges / concubinos nacieron después del 01.01.1962.

Nur ausfüllen, wenn die Ehe / Eingetragene Lebenspartnerschaft

- nach dem 31.12.2001 geschlossen wurde oder
- vor dem 01.01.2002 geschlossen wurde und beide Ehegatten / Eingetragene Lebenspartner nach dem 01.01.1962 geboren sind.

3	<p>¿Educó usted mismo a un hijo antes de que éste tuviese tres años de edad?</p> <p><input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p> <p>En caso afirmativo:</p> <p>- ¿Se han reconocido / solicitado ya períodos considerados alemanes para este hijo?</p> <p><input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p> <p>- ¿A favor de quién?</p>	<p>Haben Sie selbst ein Kind vor dessen 3. Lebensjahr erzogen?</p> <p>Falls ja:</p> <p>- Wurden für dieses Kind bereits deutsche Berücksichtigungszeiten anerkannt / beantragt?</p> <p>- Für welche Person?</p>



Número de seguro alemán / Deutsche Versicherungsnummer

Referencia (si se conoce) /
Kennzeichen (soweit bekannt)

G Datos personales del / de los huérfano(s)

(Solicitamos adjunte un justificante o bien se confirme en la parte N.)

Para cada huérfano mayor de 18 años se necesita un formulario DE / UY 2 aparte y se necesitan los justificantes de la formación escolar, universitaria o profesional.

Personalien der Waise(n)

(Bitte Nachweis beifügen oder im Teil N bestätigen lassen.)

Für jede Waise, die das 18. Lebensjahr vollendet hat, sind ein eigenes Formblatt DE / UY 2 und Schul-, Hochschul- oder Ausbildungsnachweise notwendig.

1	Apellido(s) del huérfano Nachname der Waise	Nombre Vorname	Fecha de nacimiento Geburtsdatum	Vínculo de parentesco entre el hijo y el asegurado fallecido (1) Kindschaftsverhältnis zum verstorbenen Versicherten (1)	En caso de huérfanos mayores de 18 años: Tipo de formación o "minusválido" Bei Waisen über 18 Jahre: Art der Ausbildung oder "behindert"	Nacionalidad Staatsangehörigkeit
2	Dirección, en caso de que no coincida con la de la viuda / del viudo				Anschrift, falls abweichend von der Anschrift der Witwe / des Witwers	

(1) por ejemplo hijo legítimo, hijo natural, hijastro (véanse las aclaraciones para la parte G) / z. B. eheliches Kind, nichteheliches Kind, Stiefkind (siehe Erläuterungen zu Teil G)



Número de seguro alemán / Deutsche Versicherungsnummer
--

Referencia (si se conoce) / Kennzeichen (soweit bekannt)
--

H Datos adicionales de los huérfanos

Zusätzliche Angaben zu den Waisen

1	<p>¿Solicitó un huérfano una de las prestaciones siguientes o las está percibiendo?</p> <p>- ¿Pensión de orfandad a raíz del otro progenitor a cargo de la deutsche Rentenversicherung?</p> <p>En caso afirmativo solicitamos indique:</p> <p>- Nombre del huérfano</p> <p>- Nombre y apellido del progenitor fallecido</p> <p>- Organismo de seguro</p> <p>- Número de seguro o fecha de nacimiento del progenitor fallecido</p> <p>- ¿Pensión de orfandad a cargo de un seguro de accidentes uruguayo, alemán o de otro Estado?</p> <p>En caso afirmativo solicitamos indique:</p> <p>- Nombre del huérfano</p> <p>- Organismo de seguro / Estado</p> <p>- Referencia</p> <p>- ¿Otras prestaciones / pensiones de orfandad con arreglo a la legislación alemana?</p> <p>En caso afirmativo solicitamos indique:</p> <p>- Nombre del huérfano</p> <p>- Nombre y apellido del progenitor fallecido</p> <p>- Administración</p> <p>- Referencia</p>	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"><input type="checkbox"/> no nein<input type="checkbox"/> si ja</div> <table border="1" style="margin: 0 auto;"><tr><td style="text-align: center;">día Tag</td><td style="text-align: center;">mes Monat</td><td style="text-align: center;">año Jahr</td></tr></table> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"><input type="checkbox"/> no nein<input type="checkbox"/> si ja</div> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"><input type="checkbox"/> no nein<input type="checkbox"/> si ja</div>	día Tag	mes Monat	año Jahr	<p>Wurde von einer Waise eine der folgenden Leistungen beantragt oder werden solche Leistungen bezogen?</p> <p>- Waisenrente aus der deutschen Rentenversicherung eines anderen Elternteils?</p> <p>Falls ja, bitte angeben:</p> <ul style="list-style-type: none">- Vorname der Waise- Name des verstorbenen Elternteils- Versicherungsträger- Versicherungsnummer oder Geburtsdatum des verstorbenen Elternteils <p>- Waisenrente aus der uruguayischen, der deutschen oder der Unfallversicherung eines anderen Staates?</p> <p>Falls ja, bitte angeben:</p> <ul style="list-style-type: none">- Vorname der Waise- Versicherungsträger / Staat- Aktenzeichen <p>- sonstige Waisenrenten / -leistungen nach deutschem Recht?</p> <p>Falls ja, bitte angeben:</p> <ul style="list-style-type: none">- Vorname der Waise- Name des verstorbenen Elternteils- Behörde- Aktenzeichen
día Tag	mes Monat	año Jahr				
2	<p>Número personal de identificación fiscal alemán (si se conoce)</p>	<table border="1" style="margin: 0 auto;"><tr><td style="text-align: center;">día Tag</td><td style="text-align: center;">mes Monat</td><td style="text-align: center;">año Jahr</td></tr></table>	día Tag	mes Monat	año Jahr	<p>Deutsche Persönliche Identifikationsnummer für steuerliche Zwecke (soweit bekannt)</p>
día Tag	mes Monat	año Jahr				



Número de seguro alemán / Deutsche Versicherungsnummer
--

Referencia (si se conoce) / Kennzeichen (soweit bekannt)

I Datos en relación con los ingresos propios corrientes del superviviente

Angaben zum eigenen laufenden Einkommen des Hinterbliebenen

<p>¿Percibe o ha percibido una de las prestaciones siguientes desde el fallecimiento del asegurado?</p> <p>1 Ingresos laborales procedentes de</p> <ul style="list-style-type: none"> - un empleo en relación de dependencia (incluyendo prestaciones prejubilatorias, suplementos e indemnizaciones por parte del empleador) - una actividad como trabajador independiente (actividad empresarial, trabajo por cuenta propia, explotación agrícola o forestal, etc.) 	<p><input type="checkbox"/> no nein</p> <p><input type="checkbox"/> si ja</p> <p><input type="checkbox"/> no nein</p> <p><input type="checkbox"/> si ja</p>	<p>Beziehen oder bezogen Sie seit dem Tod des Versicherten eine der folgenden Leistungen?</p> <p>Erwerbseinkommen aus</p> <ul style="list-style-type: none"> - abhängiger Beschäftigung (einschließlich Vorruhestandsgelder, Zuschüsse und Abfindungen vom Arbeitgeber) - selbständiger Tätigkeit (Gewerbebetrieb, selbständige Arbeit, Land- und Forstwirtschaft usw.)
<p>2 Ingresos sustitutos del salario transitorios como prestaciones públicas o privadas por enfermedad, accidente, desempleo o maternidad</p>	<p><input type="checkbox"/> no nein</p> <p><input type="checkbox"/> si ja</p>	<p>kurzfristiges Erwerbseinkommen wie gesetzliches oder privates Kranken-, Unfall-, Arbeitslosen- oder Mutterschaftsgeld</p>
<p>3 Ingresos sustitutos del salario permanentes</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jubilaciones o prestaciones jubilatorias a cargo del seguro público de jubilaciones y pensiones o de accidentes alemán, uruguayo o de otro país o bien de un régimen de previsión - Organismo de seguro / Estado - Numero de seguro / referencia del expediente - Jubilación o prestación jubilatoria del empleador o a cargo de un seguro de vida, de accidente o de jubilación privado 	<p><input type="checkbox"/> no nein</p> <p><input type="checkbox"/> si ja</p> <p><input type="checkbox"/> no nein</p> <p><input type="checkbox"/> si ja</p>	<p>dauerhaftes Erwerbseinkommen</p> <ul style="list-style-type: none"> - eigene Versichertenrente oder Pension aus der deutschen, uruguayischen oder einer anderen gesetzlichen Renten- oder Unfallversicherung oder einem Versorgungssystem - Versicherungsträger / Staat - Versicherungsnummer / Aktenzeichen - eigene Rente oder Pension vom Arbeitgeber oder aus einer privaten Lebens-, Unfall- oder Rentenversicherung
<p>4 ¿Ha solicitado prestaciones sustitutivas del salario transitorias o permanentes?</p>	<p><input type="checkbox"/> no nein</p> <p><input type="checkbox"/> si ja</p>	<p>Haben Sie kurzfristiges oder dauerhaftes Erwerbseinkommen beantragt?</p>
<p>5 ¿Se abonó una indemnización en lugar de una prestación permanente?</p>	<p><input type="checkbox"/> no nein</p> <p><input type="checkbox"/> si ja</p>	<p>Wurde anstelle einer dauerhaften Leistung eine Abfindung gewährt?</p>
<p>6 Rentas patrimoniales</p> <ul style="list-style-type: none"> - de patrimonio capital (intereses, dividendos, beneficios de acciones u otras participaciones) - de seguros - de alquiler / arriendo - de ventas privadas 	<p><input type="checkbox"/> no nein</p> <p><input type="checkbox"/> si ja</p> <p><input type="checkbox"/> no nein</p> <p><input type="checkbox"/> si ja</p> <p><input type="checkbox"/> no nein</p> <p><input type="checkbox"/> si ja</p> <p><input type="checkbox"/> no nein</p> <p><input type="checkbox"/> si ja</p>	<p>Vermögenseinkommen</p> <ul style="list-style-type: none"> - aus Kapitalvermögen (Zinsen, Dividenden, Gewinne aus Aktien oder anderen Beteiligungen) - aus Versicherungen - aus Vermietung / Verpachtung - aus privaten Veräußerungsgeschäften
<p>7 ¿Tiene usted como solicitante cubierta la contingencia de asistencia sanitaria? (Solicitamos adjunte el justificante.)</p>	<p><input type="checkbox"/> no nein</p> <p><input type="checkbox"/> si ja</p>	<p>Sind Sie als Antragsteller krankenversichert? (Bitte Nachweis beifügen.)</p>



--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--

8 ¿Hay más hijos menores de 27 años para los que no se solicita la pensión de orfandad porque no son hijos del fallecido? En caso afirmativo solicitamos indique: - Apellidos y nombre del hijo - Fecha de nacimiento del hijo En caso de hijos mayores de 18 años solicitamos indique: - Tipo de formación o - Minusvalía (Solicitamos adjunte el justificante.)	<input type="checkbox"/> no / nein <input type="checkbox"/> si / ja	Sind weitere Kinder unter 27 Jahren vorhanden, für die keine Waisenrente beantragt wird, weil sie nicht Kinder des Verstorbenen sind? Falls ja , bitte angeben: - Nachname und Vorname des Kindes - Geburtsdatum des Kindes Bei Kindern, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, bitte angeben: - Art der Ausbildung oder - Behinderung (Bitte Nachweis beifügen.)						
	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 33%; text-align: center; font-size: small;"> día / Tag </td> <td style="width: 33%; text-align: center; font-size: small;"> mes / Monat </td> <td style="width: 34%; text-align: center; font-size: small;"> año / Jahr </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"> _ _ </td> <td style="text-align: center;"> _ _ </td> <td style="text-align: center;"> _ _ _ </td> </tr> </table>	día / Tag	mes / Monat	año / Jahr	_ _	_ _	_ _ _	
día / Tag	mes / Monat	año / Jahr						
_ _	_ _	_ _ _						

Datos en relación con los ingresos propios del superviviente en el año civil anterior al inicio de la pensión

Angaben zum eigenen Einkommen des Hinterbliebenen im Kalenderjahr vor Rentenbeginn

9 ¿Percibió una de las prestaciones siguientes en el año civil anterior al fallecimiento del asegurado? Ingresos laborales procedentes de - un empleo en relación de dependencia (incluyendo prestaciones prejubilatorias, suplementos e indemnizaciones por parte del empleador) - una actividad como trabajador independiente (actividad empresarial, trabajo por cuenta propia, explotación agrícola o forestal, etc.) En caso afirmativo, solicitamos indique los períodos	<input type="checkbox"/> no / nein <input type="checkbox"/> si / ja <input type="checkbox"/> no / nein <input type="checkbox"/> si / ja	Bezogen Sie im Kalenderjahr vor dem Tod des Versicherten eine der folgenden Leistungen? Erwerbseinkommen aus - abhängiger Beschäftigung (einschließlich Vorruhestandsgelder, Zuschüsse und Abfindungen vom Arbeitgeber) - selbständiger Tätigkeit (Gewerbebetrieb, selbständige Arbeit, Land- und Forstwirtschaft usw.) Falls ja, bitte Zeiträume angeben								
	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; font-size: x-small;">desde / vom</td> <td style="width: 50%; font-size: x-small;">hasta / bis</td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td style="font-size: x-small;">desde / vom</td> <td style="font-size: x-small;">hasta / bis</td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"> </td> <td> </td> </tr> </table>	desde / vom	hasta / bis			desde / vom	hasta / bis			
desde / vom	hasta / bis									
desde / vom	hasta / bis									
10 Ingresos sustitutos del salario transitorios como prestaciones públicas o privadas por enfermedad, accidente, desempleo o maternidad En caso afirmativo, solicitamos indique los períodos de percepción	<input type="checkbox"/> no / nein <input type="checkbox"/> si / ja	kurzfristiges Erwerbsersatz Einkommen wie gesetzliches oder privates Kranken-, Unfall-, Arbeitslosen- oder Mutterschaftsgeld Falls ja, bitte Zeiträume des Bezuges angeben								
	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; font-size: x-small;">desde / vom</td> <td style="width: 50%; font-size: x-small;">hasta / bis</td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td style="font-size: x-small;">desde / vom</td> <td style="font-size: x-small;">hasta / bis</td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"> </td> <td> </td> </tr> </table>	desde / vom	hasta / bis			desde / vom	hasta / bis			
desde / vom	hasta / bis									
desde / vom	hasta / bis									



--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--

K Datos adicionales acerca de la vida laboral del fallecido

(A rellenar y adjuntar justificantes únicamente en caso de que el asegurado fallecido **no** hubiere percibido una prestación jubilatoria.)

Weitere Angaben zum Versicherungsleben des Verstorbenen

(Bitte nur ausfüllen und Nachweise beifügen, wenn der verstorbene Versicherte noch **keine** Rente bezog.)

<p>1 ¿Formaba el fallecido parte del grupo de perseguidos por el nacionalsocialismo en el sentido de la Ley Federal de Indemnización (Bundesentschädigungsgesetz) o bien del grupo de perseguidos políticos en la antigua RDA en el sentido de la Ley de Rehabilitación Profesional (Berufliches Rehabilitierungsgesetz)?</p> <p>En caso afirmativo solicitamos indique:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Administración de indemnización - Referencia 	<p><input type="checkbox"/> no / <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> ja</p>	<p>War der Verstorbene Verfolgter des Nationalsozialismus im Sinne des Bundesentschädigungsgesetzes oder politisch Verfolgte(r) der ehemaligen DDR im Sinne des Beruflichen Rehabilitierungsgesetzes?</p> <p>Falls ja, bitte angeben:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Entschädigungsbehörde - Aktenzeichen 						
<p>2 ¿Forma usted o el huérfano o formaba el fallecido parte del grupo de expulsados o refugiados en el sentido de la Ley Federal alemana de expulsados (Bundesvertriebenengesetz)?</p> <p>En caso afirmativo solicitamos adjunte el / los carné(s) de expulsados (Vertriebenenausweis)</p>	<p><input type="checkbox"/> no / <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> ja</p>	<p>Sind Sie, die Waise oder war der Verstorbene Vertriebene(r) oder Flüchtling im Sinne des Bundesvertriebenengesetzes?</p> <p>Falls ja, bitte Vertriebenenausweis(e) beifügen.</p>						
<p>3 ¿En algún momento, al fallecido le fueron devueltas cotizaciones a cargo del seguro de pensiones alemán?</p> <p>En caso afirmativo solicitamos indique:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Organismo de seguro - Número de seguro / referencia 	<p><input type="checkbox"/> no / <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> ja</p>	<p>Sind dem Verstorbenen jemals Beiträge aus der deutschen Rentenversicherung erstattet worden?</p> <p>Falls ja, bitte angeben:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Versicherungsträger - Versicherungsnummer / Aktenzeichen 						
<p>4 ¿Realizó el fallecido una formación profesional en Alemania (incluso sin título final)?</p> <p>Período</p> <p>Tipo de formación profesional (Solicitamos adjunte el justificante.)</p> <p>Indique fecha de los exámenes finales (Solicitamos adjunte el justificante.)</p>	<p><input type="checkbox"/> no / <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> ja</p> <p>desde / vom hasta / bis</p> <table border="1"> <tr> <td>día Tag</td> <td>mes Monat</td> <td>año Jahr</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	día Tag	mes Monat	año Jahr				<p>Hat der Verstorbene in Deutschland Zeiten der Berufsausbildung zurückgelegt (auch ohne Abschluss)?</p> <p>Zeitraum</p> <p>Art der Berufsausbildung (Bitte Nachweis beifügen.)</p> <p>ggf. Abschluss am (Bitte Nachweis beifügen.)</p>
día Tag	mes Monat	año Jahr						
<p>5 ¿Estuvo el fallecido incapacitado laboralmente en Alemania o percibió prestaciones para la rehabilitación médica que no constan en el informe de cotizaciones?</p> <p>Períodos (Solicitamos adjunte los justificantes.)</p>	<p><input type="checkbox"/> no / <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> ja</p> <p>desde / vom hasta / bis</p> <p>desde / vom hasta / bis</p>	<p>War der Verstorbene in Deutschland arbeitsunfähig krank oder hat er Leistungen zur Rehabilitation erhalten, die im Versicherungsverlauf nicht enthalten sind?</p> <p>Zeiträume (Bitte Nachweise beifügen.)</p>						
<p>6 ¿Estuvo el fallecido inscrito como desempleado en Alemania y este período no consta en el informe de cotizaciones?</p> <p>Períodos (Solicitamos adjunte los justificantes.)</p>	<p><input type="checkbox"/> no / <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> ja</p> <p>desde / vom hasta / bis</p> <p>desde / vom hasta / bis</p>	<p>War der Verstorbene in Deutschland arbeitslos gemeldet und ist diese Zeit im Versicherungsverlauf nicht enthalten?</p> <p>Zeiträume (Bitte Nachweise beifügen.)</p>						



Número de seguro alemán / Deutsche Versicherungsnummer

Referencia (si se conoce) / Kennzeichen (soweit bekannt)

7	<p>¿Realizó el fallecido una formación escolar, de escuela técnica (superior) o universitaria en Alemania, en Uruguay o en otro Estado después de haber cumplido la edad de 17 años y este período no consta en el informe de cotizaciones?</p>	<input type="checkbox"/> no nein <input type="checkbox"/> si ja	<p>Hat der Verstorbene nach Vollendung des 17. Lebensjahres eine Schul-, Fachschul-, Fachhochschul- oder Hochschulausbildung in Deutschland, Uruguay oder einem anderen Staat absolviert und ist diese Zeit nicht im Versicherungsverlauf enthalten?</p>			
		<table border="1"> <tr> <td>desde / vom</td> <td>hasta / bis</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>		desde / vom	hasta / bis	
desde / vom	hasta / bis					
<p>Períodos (Solicitamos adjunte los justificantes.)</p>		<p>Zeiträume (Bitte Nachweise beifügen.)</p>				
8	<p>¿Estuvo el fallecido enfermo durante al menos un mes calendario en Alemania, en Uruguay o en otro Estado entre los 17 y los 25 años de edad y este período no consta en el informe de cotizaciones?</p>	<input type="checkbox"/> no nein <input type="checkbox"/> si ja	<p>War der Verstorbene zwischen dem 17. und dem 25. Lebensjahr mindestens einen Kalendermonat in Deutschland, Uruguay oder einem anderen Staat krank und ist diese Zeit nicht im Versicherungsverlauf enthalten?</p>			
		<table border="1"> <tr> <td>desde / vom</td> <td>hasta / bis</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>		desde / vom	hasta / bis	
desde / vom	hasta / bis					
<p>Períodos (Solicitamos adjunte los justificantes.)</p>		<p>Zeiträume (Bitte Nachweise beifügen.)</p>				
9	<p>¿Residió el fallecido en uno de los siguientes países después de cumplir los 16 años de edad: Australia, Dinamarca, Finlandia, Islandia, Israel, Canadá / Quebec, Liechtenstein, Noruega, Suecia, Suiza o bien en los Países Bajos después de cumplir los 15 años de edad?</p>	<input type="checkbox"/> no nein <input type="checkbox"/> si ja	<p>Hat der Verstorbene nach Vollendung des 16. Lebensjahres in einem der folgenden Länder gewohnt: Australien, Dänemark, Finnland, Island, Israel, Kanada / Quebec, Liechtenstein, Norwegen, Schweden, der Schweiz oder nach dem 15. Lebensjahr in den Niederlanden?</p>			
		<table border="1"> <tr> <td>desde / vom</td> <td>hasta / bis</td> <td>Estado / Staat</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>		desde / vom	hasta / bis	Estado / Staat
desde / vom	hasta / bis	Estado / Staat				
<p>Período</p>		<p>Zeitraum</p>				
<p>Organismo de seguro / Versicherungsträger</p>		<p>Número de seguro / Versicherungsnummer</p>				
Período	<p>desde / vom</p>	<p>hasta / bis</p>	<p>Estado / Staat</p>	<p>Zeitraum</p>		
					<p>Organismo de seguro / Versicherungsträger</p>	<p>Número de seguro / Versicherungsnummer</p>
<p>Período</p>		<p>Zeitraum</p>				
<p>Organismo de seguro / Versicherungsträger</p>		<p>Número de seguro / Versicherungsnummer</p>				
10	<p>¿Realizó el fallecido también una actividad laboral fuera de Alemania (incluso en Uruguay)? En caso afirmativo solicitamos facilite más información. Se deben también indicar los períodos en regímenes especiales (por ejemplo de funcionarios / personas equiparadas, de funcionarios de la UE, de trabajadores independientes, de agricultores).</p>	<input type="checkbox"/> no nein <input type="checkbox"/> si ja	<p>War der Verstorbene auch außerhalb Deutschlands (auch in Uruguay) erwerbstätig? Falls ja, bitte weitere Angaben machen. Anzugeben sind auch Zeiten in Sondersystemen (z. B. für Beamte / gleichgestellte Personen, EU-Bedienstete, Selbständige, Landwirte).</p>			
		<table border="1"> <tr> <td>desde / vom</td> <td>hasta / bis</td> <td>Estado / Staat</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>		desde / vom	hasta / bis	Estado / Staat
desde / vom	hasta / bis	Estado / Staat				
<p>Período</p>		<p>Zeitraum</p>				
<p>Organismo de seguro / Versicherungsträger</p>		<p>Número de seguro / Versicherungsnummer</p>				
Período	<p>desde / vom</p>	<p>hasta / bis</p>	<p>Estado / Staat</p>	<p>Zeitraum</p>		
					<p>Organismo de seguro / Versicherungsträger</p>	<p>Número de seguro / Versicherungsnummer</p>
<p>Período</p>		<p>Zeitraum</p>				
<p>Organismo de seguro / Versicherungsträger</p>		<p>Número de seguro / Versicherungsnummer</p>				
Período	<p>desde / vom</p>	<p>hasta / bis</p>	<p>Estado / Staat</p>	<p>Zeitraum</p>		
					<p>Organismo de seguro / Versicherungsträger</p>	<p>Número de seguro / Versicherungsnummer</p>
<p>Período</p>		<p>Zeitraum</p>				
<p>Organismo de seguro / Versicherungsträger</p>		<p>Número de seguro / Versicherungsnummer</p>				



Número de seguro alemán / Deutsche Versicherungsnummer
--

Referencia (si se conoce) / Kennzeichen (soweit bekannt)
--

L Períodos de educación de hijos del fallecido

(A rellenar y adjuntar justificantes únicamente en caso de que el asegurado fallecido no hubiere percibido una prestación jubilatoria. En caso de educación en Alemania se necesitarán más datos. El organismo alemán remitirá el modelo V0800.)

Zeiten der Kindererziehung des Verstorbenen

(Bitte nur ausfüllen und Nachweise beifügen, wenn der verstorbene Versicherte noch keine Rente bezog. Bei Erziehung in Deutschland werden weitere Angaben notwendig. Der deutsche Träger übersendet das Formblatt V0800.)

1	Se educaron los hijos siguientes:		Folgende Kinder wurden erzogen:												
	Apellido(s)		Nachname												
	Nombre(s) (subrayar nombre principal)		Vorname(n) (Bitte Rufname unterstreichen.)												
	Fecha de nacimiento (Solicitamos adjunte un certificado de nacimiento o bien se confirme en la parte N.)	<table border="1"> <tr> <td>día Tag</td> <td>mes Monat</td> <td>año Jahr</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	día Tag	mes Monat	año Jahr				Geburtsdatum (Bitte Geburtsnachweis beifügen oder im Teil N bestätigen lassen.)						
día Tag	mes Monat	año Jahr													
	Lugar de nacimiento (Localidad, Departamento, Estado)		Geburtsort (Kreis, Land, Staat)												
	¿Estuvo la fallecida ejerciendo una actividad laboral durante el embarazo y tuvo que interrumpir esta actividad por motivo de períodos de maternidad legalmente establecidos?	<table border="1"> <tr> <td><input type="checkbox"/> no nein</td> <td><input type="checkbox"/> sí ja</td> </tr> <tr> <td>desde / vom</td> <td>hasta / bis</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> no nein	<input type="checkbox"/> sí ja	desde / vom	hasta / bis	War die Verstorbene während der Schwangerschaft berufstätig und musste sie die Erwerbstätigkeit aufgrund von gesetzlichen Mutterschutzfristen unterbrechen?								
<input type="checkbox"/> no nein	<input type="checkbox"/> sí ja														
desde / vom	hasta / bis														
	Fue principalmente el fallecido quien cuidó / educó al hijo desde su nacimiento hasta que cumplió los 10 años de edad.	<table border="1"> <tr> <td><input type="checkbox"/> no nein</td> <td><input type="checkbox"/> sí ja</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> no nein	<input type="checkbox"/> sí ja	Der Verstorbene hat das Kind von der Geburt bis zu dessen vollendetem 10. Lebensjahr überwiegend erzogen.										
<input type="checkbox"/> no nein	<input type="checkbox"/> sí ja														
	En los Estados siguientes / In folgenden Staaten	desde / vom	hasta / bis												
		<table border="1"> <tr> <td>día Tag</td> <td>mes Monat</td> <td>año Jahr</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	día Tag	mes Monat	año Jahr				<table border="1"> <tr> <td>día Tag</td> <td>mes Monat</td> <td>año Jahr</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	día Tag	mes Monat	año Jahr			
día Tag	mes Monat	año Jahr													
día Tag	mes Monat	año Jahr													
		<table border="1"> <tr> <td>día Tag</td> <td>mes Monat</td> <td>año Jahr</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	día Tag	mes Monat	año Jahr				<table border="1"> <tr> <td>día Tag</td> <td>mes Monat</td> <td>año Jahr</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	día Tag	mes Monat	año Jahr			
día Tag	mes Monat	año Jahr													
día Tag	mes Monat	año Jahr													
2	Apellido(s)		Nachname												
	Nombre(s) (subrayar nombre principal)		Vorname(n) (Bitte Rufname unterstreichen.)												
	Fecha de nacimiento (Solicitamos adjunte un certificado de nacimiento o bien se confirme en la parte N.)	<table border="1"> <tr> <td>día Tag</td> <td>mes Monat</td> <td>año Jahr</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	día Tag	mes Monat	año Jahr				Geburtsdatum (Bitte Geburtsnachweis beifügen oder im Teil N bestätigen lassen.)						
día Tag	mes Monat	año Jahr													
	Lugar de nacimiento (Localidad, Departamento, Estado)		Geburtsort (Kreis, Land, Staat)												
	¿Estuvo la fallecida ejerciendo una actividad laboral durante el embarazo y tuvo que interrumpir esta actividad por motivo de períodos de maternidad legalmente establecidos?	<table border="1"> <tr> <td><input type="checkbox"/> no nein</td> <td><input type="checkbox"/> sí ja</td> </tr> <tr> <td>desde / vom</td> <td>hasta / bis</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> no nein	<input type="checkbox"/> sí ja	desde / vom	hasta / bis	War die Verstorbene während der Schwangerschaft berufstätig und musste sie die Erwerbstätigkeit aufgrund von gesetzlichen Mutterschutzfristen unterbrechen?								
<input type="checkbox"/> no nein	<input type="checkbox"/> sí ja														
desde / vom	hasta / bis														
	Fue principalmente el fallecido quien cuidó / educó al hijo desde su nacimiento hasta que cumplió los 10 años de edad.	<table border="1"> <tr> <td><input type="checkbox"/> no nein</td> <td><input type="checkbox"/> sí ja</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> no nein	<input type="checkbox"/> sí ja	Der Verstorbene hat das Kind von der Geburt bis zu dessen vollendetem 10. Lebensjahr überwiegend erzogen.										
<input type="checkbox"/> no nein	<input type="checkbox"/> sí ja														
	En los Estados siguientes / In folgenden Staaten	desde / vom	hasta / bis												
		<table border="1"> <tr> <td>día Tag</td> <td>mes Monat</td> <td>año Jahr</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	día Tag	mes Monat	año Jahr				<table border="1"> <tr> <td>día Tag</td> <td>mes Monat</td> <td>año Jahr</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	día Tag	mes Monat	año Jahr			
día Tag	mes Monat	año Jahr													
día Tag	mes Monat	año Jahr													
		<table border="1"> <tr> <td>día Tag</td> <td>mes Monat</td> <td>año Jahr</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	día Tag	mes Monat	año Jahr				<table border="1"> <tr> <td>día Tag</td> <td>mes Monat</td> <td>año Jahr</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	día Tag	mes Monat	año Jahr			
día Tag	mes Monat	año Jahr													
día Tag	mes Monat	año Jahr													



Número de seguro alemán / Deutsche Versicherungsnummer
--

Referencia (si se conoce) / Kennzeichen (soweit bekannt)
--

3	Apellido(s)		Nachname
	Nombre(s) (subrayar nombre principal)		Vorname(n) (Bitte Rufname unterstreichen.)
	Fecha de nacimiento (Solicitamos adjunte un certificado de nacimiento o bien se confirme en la parte N.)	día Tag mes Monat año Jahr	Geburtsdatum (Bitte Geburtsnachweis beifügen oder im Teil N bestätigen lassen.)
	Lugar de nacimiento (Localidad, Departamento, Estado)		Geburtsort (Kreis, Land, Staat)
	¿Estuvo la fallecida ejerciendo una actividad laboral durante el embarazo y tuvo que interrumpir esta actividad por motivo de períodos de maternidad legalmente establecidos?	<input type="checkbox"/> no nein <input type="checkbox"/> si ja desde / vom hasta / bis	War die Verstorbene während der Schwangerschaft berufstätig und musste sie die Erwerbstätigkeit aufgrund von gesetzlichen Mutterschutzfristen unterbrechen?
	Fue principalmente el fallecido quien cuidó / educó al hijo desde su nacimiento hasta que cumplió los 10 años de edad.	<input type="checkbox"/> no nein <input type="checkbox"/> si ja	Der Verstorbene hat das Kind von der Geburt bis zu dessen vollendetem 10. Lebensjahr überwiegend erzogen.
En los Estados siguientes / In folgenden Staaten		desde / vom	hasta / bis
		día Tag mes Monat año Jahr	día Tag mes Monat año Jahr
		día Tag mes Monat año Jahr	día Tag mes Monat año Jahr
4	¿Fue ya solicitado por otra persona el reconocimiento de los períodos de educación de hijos para estos hijos?	<input type="checkbox"/> no nein <input type="checkbox"/> si ja	Wurde die Anrechnung von Kindererziehungszeiten für diese Kinder bereits von einer anderen Person beantragt?
	En caso afirmativo solicitamos indique: - Apellidos, nombre - Número de seguro alemán o fecha de nacimiento	día Tag mes Monat año Jahr	Falls ja , bitte angeben: - Nachname, Vorname - Deutsche Versicherungsnummer oder Geburtsdatum
5	Inmediatamente antes o durante el período de educación: ¿Abonó usted o el fallecido cotizaciones obligatorias al seguro público alemán a raíz de un empleo / una actividad fuera de Alemania?	<input type="checkbox"/> no nein <input type="checkbox"/> si ja	Haben Sie oder der Verstorbene unmittelbar vor oder während der Erziehungszeit für eine Beschäftigung / Tätigkeit außerhalb Deutschlands Pflichtbeiträge zur deutschen gesetzlichen Rentenversicherung gezahlt?



M Declaración**Erklärung**

Aseguro haber hecho todas las indicaciones figurando en esta solicitud según mi leal saber y entender. Estoy consciente de que informaciones premeditadamente falsas pueden llevar a una persecución penal por parte de las administraciones de la República Federal de Alemania.

Me comprometo - una vez presentada la solicitud y aprobada la pensión - a comunicarle inmediatamente y por escrito al organismo de seguro de pensiones

- cualquier cambio de mis circunstancias familiares (por ejemplo si vuelvo a contraer matrimonio) y si solicito y percibo prestaciones o ingresos mencionados en las partes F, H e I
- cambios que influyen en el abono de la pensión de viudedad / de orfandad (por ejemplo la interrupción o el final de la formación)
- el fallecimiento del hijo etc.

y a reembolsarle al organismo de seguro importes abonados en demasía.

Estoy en conocimiento de que el Banco de Previsión Social (BPS) tiene la autorización de comunicarle al organismo del seguro de jubilaciones y pensiones alemán competente cualquier información relativa a la nacionalidad, a la condición de apátrida, a la condición de refugiado, al informe de cotizaciones uruguayo, al derecho a jubilación o pensión así como al importe de esta que conste en el expediente. En cuanto sea necesario para la pensión solicitada, el BPS **tiene además la autorización** de conseguir informes médicos de médicos y hospitales para el organismo del seguro de jubilaciones y pensiones alemán competente.

Consiento que el BPS pueda poner a disposición del organismo de seguro de pensiones alemán competente - y viceversa - toda la documentación y los justificantes presentados en relación con esta solicitud, o que sean necesarios una vez tomada la decisión sobre esta solicitud, para que se pueda tomar una decisión sobre el derecho a la prestación.

Solamente para solicitudes de pensión de viudedad completa, en caso de no haber cumplido todavía la edad correspondiente, de no educar a ningún hijo y de estimar estar incapacitado laboralmente, así como para solicitudes de pensión de orfandad por minusvalía:

En cuanto sea necesario para el trámite de la solicitud de pensión, **consiento que** el organismo de seguro de pensiones alemán competente o el BPS puedan acceder y hacer uso de todos los informes médicos o diagnósticos que presento en el marco del procedimiento de tramitación o que consten en los antecedentes o que se establezcan durante el procedimiento de tramitación. Además consiento que los médicos, psicólogos e instituciones que me tratan cedan la información necesaria sobre mi estado de salud. Esto incluye también la remisión de documentación médica que les conste o que se establezca durante el procedimiento de trámite de la jubilación. Sé que en todo momento puedo revocar mi consentimiento con efecto para el futuro.

Ich versichere, dass ich sämtliche Angaben in diesem Antrag nach bestem Wissen gemacht habe. Mir ist bekannt, dass ich bei wissentlich falschen Angaben durch die Behörden der Bundesrepublik Deutschland strafrechtlich verfolgt werden kann.

Ich verpflichte mich, dem leistungspflichtigen Rentenversicherungsträger nach Antragstellung und nach Bewilligung der Rente unverzüglich

- jede Änderung meiner Familienverhältnisse (z. B. meine Wiederheirat) und die Beantragung und den Empfang der im Teil F, H und I aufgeführten Leistungen bzw. Einnahmen
- Änderungen, die auf den Bezug der Hinterbliebenen- / Waisenrente Einfluss haben (z. B. Unterbrechung oder Beendigung der Ausbildung)
- den Tod des Kindes usw.

schriftlich mitzuteilen und überzahlte Beträge an den Versicherungsträger zurückzuzahlen.

Mir ist bekannt, dass die Banco de Previsión Social (BPS) dem zuständigen deutschen Rentenversicherungsträger jede Information, betreffend die Staatsangehörigkeit, Staatenlosigkeit oder Flüchtlingseigenschaft, den uruguayischen Versicherungsverlauf, den Anspruch auf Rente sowie dessen Höhe, erteilen darf, die in den Akten enthalten ist. Soweit für die beantragte Rente erforderlich, **darf** die BPS zudem ärztliche Berichte von Ärzten und Krankenhäusern für den zuständigen deutschen Rentenversicherungsträger beschaffen.

Ich willige ein, dass alle vorgelegten Unterlagen und Beweismittel, die sich auf diesen Antrag beziehen oder die nach einer Entscheidung über diesen Antrag erforderlich werden, von der BPS dem zuständigen deutschen Rentenversicherungsträger und umgekehrt zur Verfügung gestellt werden dürfen, damit über die Leistungsberechtigung entschieden werden kann.

Nur für Anträge auf große Witwen- / Witwerrente, wenn Sie das entsprechende Lebensalter noch nicht erreicht haben, kein Kind erziehen und sich für erwerbsgemindert halten sowie bei Anträgen auf Waisenrente wegen Behinderung:

Soweit für die Bearbeitung des Rentenanspruches erforderlich, **willige ich ein**, dass alle ärztlichen Gutachten oder Krankheitsbefunde, die ich im Rentenverfahren vorlege oder die in den Akten enthalten sind oder während des Rentenverfahrens erstellt werden, von dem zuständigen deutschen Rentenversicherungsträger oder der BPS eingesehen und verwertet werden dürfen. Ich willige außerdem ein, dass die handelnden Ärzte, Psychologen und Einrichtungen diesen Versicherungsträgern jede erforderliche Auskunft über meinen Gesundheitszustand erteilen. Dies schließt auch die Übersendung von dort vorliegenden oder während des Rentenverfahrens erstellten medizinischen Unterlagen ein. Ich weiß, dass ich jederzeit meine Einwilligungen mit Wirkung für die Zukunft zurücknehmen kann.

Firma del solicitante**Unterschrift des Antragstellers**

Fecha / Datum

Firma / Unterschrift

Solicitamos rellene y firme también la **declaración de pago** de la parte O!

Bitte noch die **Zahlungserklärung** in Teil O ausfüllen und unterschreiben!



Número de seguro alemán / Deutsche Versicherungsnummer
--

Referencia (si se conoce) / Kennzeichen (soweit bekannt)

N Confirmación por parte del BPS

Bestätigung durch BPS

Día de presentación de la solicitud de acuerdo con el artículo 17, párrafo 1 del Convenio	<table border="1"> <tr> <td>día Tag</td> <td>mes Monat</td> <td>año Jahr</td> </tr> </table>	día Tag	mes Monat	año Jahr	Tag der Antragstellung nach Artikel 17 Absatz 1 des Abkommens	
día Tag	mes Monat	año Jahr				
<p>Los datos personales (apellidos, nombre[s], fecha de nacimiento y nacionalidad) del fallecido (parte A) y de los supervivientes (partes B y G) se confirman mediante:</p> <p>- Pasaporte vigente</p> <p>- Otro(s) documento(s) oficial(es) (solicitamos inidique el tipo)</p>	<table border="1"> <tr> <td><input type="checkbox"/> no nein</td> <td><input type="checkbox"/> si ja</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> no nein</td> <td><input type="checkbox"/> si ja</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> no nein	<input type="checkbox"/> si ja	<input type="checkbox"/> no nein	<input type="checkbox"/> si ja	<p>Die Angaben zur Person (Nachname, Vorname[n], Geburtsdatum sowie die Staatsangehörigkeit) des Verstorbenen (Teil A) und der Hinterbliebenen (Teil B und G) werden bestätigt durch:</p> <p>- gültigen Reisepass</p> <p>- sonstige Urkunde(n) (bitte angeben)</p>
<input type="checkbox"/> no nein	<input type="checkbox"/> si ja					
<input type="checkbox"/> no nein	<input type="checkbox"/> si ja					
<p>Los datos de la fecha de nacimiento y del matrimonio / de la unión concubinaria vigente hasta el fallecimiento se confirman mediante:</p> <p>- Partida de defunción</p> <p>- Otro(s) documento(s) oficial(es) (solicitamos inidique el tipo)</p>	<table border="1"> <tr> <td><input type="checkbox"/> no nein</td> <td><input type="checkbox"/> si ja</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> no nein</td> <td><input type="checkbox"/> si ja</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> no nein	<input type="checkbox"/> si ja	<input type="checkbox"/> no nein	<input type="checkbox"/> si ja	<p>Die Angaben zum Sterbedatum und zur bis zum Tode bestehenden Ehe / Eingetragenen Lebenspartnerschaft werden bestätigt durch:</p> <p>- Sterbeurkunde</p> <p>- sonstige Urkunde(n) (bitte angeben)</p>
<input type="checkbox"/> no nein	<input type="checkbox"/> si ja					
<input type="checkbox"/> no nein	<input type="checkbox"/> si ja					
<p>Los datos de los hijos en la parte L (apellidos, nombre, fecha de nacimiento) se confirman mediante documentos oficiales presentados.</p>	<table border="1"> <tr> <td><input type="checkbox"/> no nein</td> <td><input type="checkbox"/> si ja</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> no nein	<input type="checkbox"/> si ja	<p>Die Angaben zu den Kindern in Teil L (Nachname, Vorname[n], Geburtsdatum) werden aufgrund vorgelegter Urkunden bestätigt.</p>		
<input type="checkbox"/> no nein	<input type="checkbox"/> si ja					
Fecha	<table border="1"> <tr> <td>día Tag</td> <td>mes Monat</td> <td>año Jahr</td> </tr> </table>	día Tag	mes Monat	año Jahr	Datum	
día Tag	mes Monat	año Jahr				
Firma		Unterschrift				
Sello del BPS		Stempel von BPS				



Número de seguro alemán / Deutsche Versicherungsnummer

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Referencia (si se conoce) / Kennzeichen (soweit bekannt)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

O Declaración de pago

Zahlungserklärung

1	<p>Cuenta en Uruguay Deseo que la jubilación se me abone mediante transferencia a mi cuenta en una entidad bancaria en Uruguay.</p> <p>Nombre de la entidad bancaria</p> <p>Dirección de la entidad bancaria</p> <p>Número de cuenta</p> <p>SWIFT Bank Identifier Code - BIC (si se conoce)</p> <p>- Soy el único titular de la cuenta arriba mencionada y soy la única persona autorizada para disponer de la cuenta.</p> <p>- Se ha concedido un poder de cuenta para la cuenta arriba mencionada; a favor de: Nombre y dirección (Solicitamos que el apoderado de la cuenta firme también al final de la parte O.)</p>	<input type="checkbox"/>	<p>Konto in Uruguay Die Rente soll durch Überweisung auf mein Konto bei einem Geldinstitut in Uruguay gezahlt werden.</p> <p>Name des Geldinstituts</p> <p>Anschrift des Geldinstituts</p> <p>Kontonummer</p> <p>SWIFT Bank Identifier Code - BIC (soweit bekannt)</p> <p>- Ich bin alleiniger Inhaber des oben genannten Kontos und allein darüber Verfügungsberechtigt.</p> <p>- Für das oben genannte Konto wurde eine Kontovollmacht erteilt für Name und Anschrift (Bitte auch den Kontobevollmächtigten am Ende des Teils O unterschreiben lassen.)</p>
2	<p>Cuenta en Alemania Deseo que la jubilación se me abone mediante transferencia a una cuenta en una entidad bancaria en la República Federal de Alemania.</p> <p>Nombre de la entidad bancaria</p> <p>Dirección de la entidad bancaria</p> <p>Nombre y dirección del titular de la cuenta, en caso de que difiera del beneficiario, o bien del cotitular de la cuenta o del apoderado de la cuenta. (Solicitamos que el cotitular / el apoderado de la cuenta firme también al final de la parte O.)</p> <p>SWIFT Bank Identifier Code - BIC</p> <p>International Bank Account Number - IBAN</p>	<input type="checkbox"/>	<p>Konto in Deutschland Die Rente soll durch Überweisung auf ein Konto bei einem Geldinstitut in der Bundesrepublik Deutschland gezahlt werden.</p> <p>Name des Geldinstituts</p> <p>Anschrift des Geldinstituts</p> <p>Name und Anschrift des Kontoinhabers, sofern vom Berechtigten abweichend, bzw. des Kontomitinhabers oder Kontobevollmächtigten (Bitte auch den Kontomitinhaber / Kontobevollmächtigten am Ende des Teils O unterschreiben lassen.)</p> <p>SWIFT Bank Identifier Code - BIC</p> <p>International Bank Account Number - IBAN</p>



Número de seguro alemán / Deutsche Versicherungsnummer

Referencia (si se conoce) /
Kennzeichen (soweit bekannt)

<p>3 Pago al apoderado Deseo que los atrasos de la pensión sean abonados a mi apoderado; mediante transferencia a la siguiente cuenta en la República Federal de Alemania</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></p> <p>SWIFT Bank Identifier Code - BIC</p> <p>International Bank Account Number - IBAN</p> <p>Nombre de la entidad bancaria</p> <p>Dirección de la entidad bancaria</p>	<p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></p> <p>SWIFT Bank Identifier Code - BIC</p> <p>International Bank Account Number - IBAN</p> <p>Name des Geldinstituts</p> <p>Anschrift des Geldinstituts</p>	<p>Zahlung an den Bevollmächtigten Die Rentennachzahlung soll an meinen Bevollmächtigten gezahlt werden durch Überweisung auf das folgende Konto / Anderkonto in der Bundesrepublik Deutschland</p> <p>SWIFT Bank Identifier Code - BIC</p> <p>International Bank Account Number - IBAN</p>
<p>4 Declaro que cuando el pago de la prestación jubilatoria se haya enviado de la forma anteriormente indicada por mí, se tendrá por cumplida la obligación. Me comprometo a informar inmediatamente y por escrito a la</p> <p style="text-align: center;">Deutsche Post AG Niederlassung Renten Service 13496 Berlin GERMANY</p> <p>sobre todo cambio de las circunstancias que puedan influir en el pago o en la cuantía del importe de la pensión o el derecho de pensión.</p> <p>Además, me comprometo a devolver a la</p> <p style="text-align: center;">Deutsche Post AG Niederlassung Renten Service 50417 Köln GERMANY</p> <p>las cantidades que me hayan sido abonadas en demasía. He facultado además - con efectos también sobre mis herederos - para que en caso de que sean abonadas en mi cuenta cantidades en demasía, estas sean devueltas por la entidad bancaria en que se halle mi cuenta a la Deutsche Post AG en Köln. Esta declaración podrá ser revocada solamente por mí - pero no por mis herederos.</p>	<p>Ich erkläre, dass der Anspruch erfüllt ist, wenn die Rente in der vorstehend von mir gewünschten Form angewiesen wird.</p> <p>Ich verpflichte mich, jede Änderung der Verhältnisse, die die Zahlung oder die Höhe der Rente oder den Rentenanspruch selbst beeinflusst, unverzüglich schriftlich der</p> <p style="text-align: center;">Deutsche Post AG Niederlassung Renten Service 13496 Berlin DEUTSCHLAND</p> <p>mitzuteilen.</p> <p>Ferner verpflichte ich mich, zuviel gezahlte Beträge an die</p> <p style="text-align: center;">Deutsche Post AG Niederlassung Renten Service 50417 Köln DEUTSCHLAND</p> <p>zurückzuzahlen. Dazu habe ich das jeweils kontoführende Geldinstitut - mit Wirkung auch meinen Erben gegenüber - beauftragt, die zuviel gezahlten Beträge an die Deutsche Post AG in Köln zurückzuüberweisen. Dieser Auftrag kann nur von mir - aber nicht von meinen Erben - widerrufen werden.</p>	
<p>5 Certificación del instituto bancario / Bestätigung des Bankinstitutes Tomamos nota de la solicitud y confirmamos los datos indicados en punto 1. Wir nehmen den Antrag zur Kenntnis und bestätigen die Angaben unter Punkt 1.</p>		
<p>Fecha / Datum</p> <p>Firma del solicitante / Unterschrift des Antragstellers</p>	<p>Firma del cotitular o del apoderado de la cuenta / Unterschrift des Kontoinhabers oder des Kontobevollmächtigten</p>	
<p>Localidad, fecha / Ort, Datum</p>	<p>Firma, Sello del instituto bancario / Unterschrift, Stempel des Bankinstitutes</p>	





Postfach 10 13 40
34013 Kassel - GERMANY

Telefon: +49 561 9359-0
Telefax: +49 561 9359-217

ANEXO

Solicitud de pensión por fallecimiento

A cargo del seguro de vejez de los agricultores
(Alterssicherung der Landwirte, AdL)

Solicitamos rellene este ANEXO únicamente en caso de que el asegurado fallecido haya abonado cotizaciones a una caja de previsión agrícola (landwirtschaftliche Alterskasse, LAK) como agricultor independiente o cónyuge de un agricultor independiente en Alemania.

ANLAGE

Antrag auf Hinterbliebenenrente

aus der Alterssicherung der Landwirte (AdL)

Bitte diese ANLAGE nur ausfüllen, wenn der verstorbene Versicherte als selbständiger Landwirt oder als Ehegatte eines selbständigen Landwirts in Deutschland Beiträge zu einer landwirtschaftlichen Alterskasse gezahlt hat.

A Datos personales

Angaben zur Person

1	Número de identificación	2 2 1 /	Identifikationsnummer
2	Datos del cónyuge del solicitante		Angaben zum Ehegatten des Antragstellers
3	Apellido(s)		Nachname
4	Nombre		Vorname
5	Fecha de nacimiento		Geburtsdatum
6	Lugar de nacimiento		Geburtsort
7	Nacionalidad		Staatsangehörigkeit
8	Fecha de fallecimiento		Sterbedatum

B Datos sobre las cotizaciones

Angaben zur Beitragszahlung

1	¿Abonó usted o su cónyuge cotizaciones a una Caja de Previsión agrícola (landwirtschaftliche Alterskasse, LAK)?	Solicitante / Antragsteller <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> ja, a la: ja, und zwar zur:	Haben Sie oder Ihr Ehegatte Beiträge zu einer landwirtschaftlichen Alterskasse (LAK) gezahlt?
	Nombre de la LAK		Name der LAK
	Referencia		Aktenzeichen
	Nombre de la LAK	Cónyuge / Ehegatte <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> ja, a la: ja, und zwar zur:	Name der LAK
	Referencia		Aktenzeichen
2	¿Desempeño usted o su cónyuge una actividad como agricultor independiente fuera de Alemania?	Solicitante / Antragsteller <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si, en: ja, und zwar in:	Haben Sie oder Ihr Ehegatte eine Tätigkeit als selbständiger Landwirt außerhalb Deutschlands ausgeübt?
	País		Land
	País	Cónyuge / Ehegatte <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si, en: ja, und zwar in:	Land



C Abono de la pensión**Auszahlung der Rente**

1	¿A qué cuenta desea que se realice la transferencia? (Lamentablemente, la prestación de la AdL no se puede abonar mediante cheque.)	Nombre y dirección de la entidad bancaria / Name und Anschrift des Geldinstituts	Auf welches Konto soll die Überweisung erfolgen? (Die Leistung der AdL kann nicht durch Scheckzahlung erfolgen.)
2	Código de identificación de la entidad bancaria		Bankleitzahl des Geldinstituts
3	Número de cuenta		Kontonummer
4	Titular de la cuenta, si no es idéntico al solicitante		Kontoinhaber, wenn nicht mit Antragsteller identisch
5	SWIFT Bank Identifier Code - BIC		SWIFT Bank Identifier Code - BIC
6	International Bank Account Number - IBAN		International Bank Account Number - IBAN

D Firma**Unterschrift**

Firma del solicitante		Unterschrift des Antragstellers
-----------------------	--	---------------------------------

