



Solicitud de pensión de supervivencia para las personas no residentes en Suiza

1 Identidad de la persona fallecida

Apellido/s

Apellido/s de nacimiento, adquiridos por matrimonio o apellidos anteriores

Nombre/s

N° SVS

Fecha de nacimiento

día, mes, año

Fecha de fallecimiento

día, mes, año

Nacionalidad/es

Ciudadanía suiza desde el

(dd.mm.aaaa)

Lugar de origen / Cantón

Estado civil en el momento del fallecimiento

Soltero/a Casado/a Divorciado/a Viudo/a

1° matrimonio

Apellido/s, nombre/s del cónyuge

Fecha de nacimiento
(dd.mm.aaaa)

Fecha del matrimonio
(dd.mm.aaaa)

Fecha del divorcio
(dd.mm.aaaa)

Fecha del fallecimiento
(dd.mm.aaaa)

2° matrimonio

Apellido/s, nombre/s del cónyuge

Fecha de nacimiento
(dd.mm.aaaa)

Fecha del matrimonio
(dd.mm.aaaa)

Fecha del divorcio
(dd.mm.aaaa)

Fecha del fallecimiento
(dd.mm.aaaa)

3° matrimonio

Apellido/s, nombre/s del cónyuge

Fecha de nacimiento
(dd.mm.aaaa)

Fecha del matrimonio
(dd.mm.aaaa)

Fecha del divorcio
(dd.mm.aaaa)

Fecha del fallecimiento
(dd.mm.aaaa)

Si ha contraído otros matrimonios además de los arriba mencionados, se ruega indicar los datos y fechas en una hoja en anexo al presente formulario.

2 Informaciones relativas a los hijos de la persona fallecida

Para permitirnos examinar el derecho a bonificaciones para tareas educativas, todos los hijos han de ser mencionados. Para los hijos entre 18 y 25 años que sigan estudios o un aprendizaje, se ruega remitirnos los certificados de estudios o aprendizaje.

Se ruega indicar todos los hijos, incluso los que sean mayores de 16 años, adultos o que hayan fallecido. Para los hijos adoptados o acogidos, adjuntar los documentos oficiales al respecto.

Apellido/s del 1º hijo

Nombre/s

Fecha de nacimiento

Fecha de defunción (si procede)

Sexo mujer hombre

Estatus hijo propio hijo del cónyuge/pareja hijo adoptado hijo acogido

Apellido/s del 2º hijo

Nombre/s

Fecha de nacimiento

Fecha de defunción (si procede)

Sexo mujer hombre

Estatus hijo propio hijo del cónyuge/pareja hijo adoptado hijo acogido

Apellido/s del 3º hijo

Nombre/s

Fecha de nacimiento

Fecha de defunción (si procede)

Sexo mujer hombre

Estatus hijo propio hijo del cónyuge/pareja hijo adoptado hijo acogido

Apellido/s del 4º hijo

Nombre/s

Date de naissance

Eventuelle date du décès

Sexe mujer hombre

Estatus hijo propio hijo del cónyuge/pareja hijo adoptado hijo acogido

Si la persona fallecida ha tenido más de cuatro hijos, se ruega indicar sus datos en una hoja en anexo.

3 Información relativa al domicilio y la actividad profesional de la persona fallecida

Domicilio en Suiza de la persona fallecida

Para las personas que no tienen la nacionalidad suiza, se ruega indicar el tipo de permiso: jornalero, fronterizo, domicilio al año, permiso C u otro, especificar.

Lugar	del (mes/, año)	al (mes/año)	Tip de permiso
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Actividad profesional en Suiza de la persona fallecida

Empresa y profesión ejercida	del (mes, año)	al (mes, año)
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

¿Ha trabajado/cotizado la persona fallecida en un Estado de la UE, en el Reino Unido (UK), o en un Estado de la AELC otro que Suiza? si no

En caso afirmativo, se ruega adjuntar a su solicitud el formulario E-207, indicando todos los países de la UE, UK o AELC en los cuales ha trabajado/ cotizado. Encontrará el formulario E-207 en nuestro portal web www.zas.admin.ch

4 Informaciones sobre el/la solicitante

Apellido/s

Apellido/s de nacimiento, adquiridos por matrimonio o apellidos anteriores

Nombre/s

N° SVS

Fecha de nacimiento

día, mes año

Fecha de matrimonio

día, mes año

Fecha del divorcio

día, mes año

Nacionalidad/es

Ciudadanía suiza desde el

Lugar origen/ Cantón

día, mes año

Dirección de domicilio

Calle y número

C.P./ Localidad/ País

Correo electrónico (e-mail)

Teléfono / Móvil

Dirección de correspondencia (si diferente a su domicilio)

Calle y número

C.P./ Localidad / País

Vínculo familiar con la persona fallecida:

- Cónyuge → ir al punto 5
- Excónyuge → ir al punto 5
- Hijo → ir al punto 6

5 Informaciones relativas al/la viudo/a (cónyuge o excónyuge de la persona fallecida)

¿Ha contraído Ud. más de un matrimonio? si no

En caso afirmativo, cumplimentar el apartado a continuación

1° matrimonio: del _____ al _____

2° matrimonio: del _____ al _____

3° matrimonio: del _____ al _____

¿Tiene Ud. más hijos que los mencionados en el punto 2? si no

En caso afirmativo, indicar el/los apellido/s, nombre/s y fechas de nacimiento.

Si no ha tenido hijos, ¿ha vivido Ud. con uno o varios de los hijos de su cónyuge fallecido/a? sí no

En caso afirmativo, indicar los apellidos, nombres y fechas de nacimiento

¿Ha residido Ud. en Suiza durante su matrimonio con la persona fallecida?

sí no

En caso afirmativo, cumplimentar el apartado a continuación:

Para las personas que no tengan la nacionalidad suiza, se ruega indicar el tipo de permiso: jornalero, fronterizo, domicilio al año, permiso C u otro, especificar.

Lugar	de (mes, año)	al (mes, año)	Tipo de permiso
<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>

6 Dirección de pago

Nombre del banco

Dirección del banco

Calle, número, código postal, localidad y país

Código bancario (Clearing/SWIFT/BIC)¹⁾

¹⁾ Australia: BSB Number / Canadá: Transit Number / USA: ABA Code

Código personal IBAN (International Bank Account Number)

Se ruega cumplimentar también el formulario "Solicitud de pago de las prestaciones SVS/SI en una cuenta bancaria o postal personal" www.zas.admin.ch.

7 Preguntas complementarias

¿El fallecimiento resulta de un accidente? sí no

¿El fallecimiento resulta de un hecho de tercero? sí no

¿Ha solicitado Ud. alguna prestación al seguro suizo de accidente?

si no

En caso afirmativo, indicar el nombre y la dirección del seguro o de la agencia competente

¿Una solicitud de prestación SVS/SI ha sido presentada anteriormente en favor

- del asegurado/a? si no

- del cónyuge ? si no

- de un hijo? si no

8 Firma

El/la asegurado/a declara haber contestado a todas las preguntas de forma completa y conforme a la verdad. Las prestaciones abonadas en base a informaciones o declaraciones inexactas tendrán que ser restituidas. Con la firma de este formulario, la persona superviviente o su representante autoriza todas las personas y todos los órganos oportunos (médicos, abogados, seguros, etc.) a facilitar a la caja de compensación competente, las informaciones necesarias para el ejercicio del derecho a recurrir contra terceros responsables contra los cuales la persona superviviente puede reclamar daños e intereses como consecuencia del perjuicio sufrido.

Lugar y fecha

Firma del/la solicitante o de su representante

Si el/la solicitante está bajo tutela/curatela, indicar el nombre del tutor/curador:

9 Copias de los justificantes de la solicitud

Se ruega poner una cruz en las casillas correspondientes a los documentos que va adjuntar al presente formulario

Documentos oficiales que certifiquen:

la identidad de todas las personas mencionadas en la solicitud (pasaporte, carné de identidad, certificado de nacimiento, libro de familia, etc.)

la nacionalidad del/la solicitante y de la persona fallecida (pasaporte, certificado de naturalización etc.)

la fecha de nacimiento y defunción de todas las personas mencionadas en la solicitud

la/las fechas(s) del/ de los matrimonio(s) y del/ de los divorcio(s) de la persona fallecida

el estatus de hijo acogido o adoptado por la persona fallecida

otros: _____

Los siguientes documentos facilitan la comprobación de los periodos de seguro en Suiza:

- certificado(s) de seguro SVS
- certificado(s) de estancia o domicilio en Suiza
- certificado(s) de trabajo en Suiza

10 Institución competente para la presentación de la solicitud.

Este apartado no concierne los asegurados de nacionalidad suiza.

Fecha y lugar

Firma y sello de la institución competente

Observaciones :

11 Poder (facultativo)

El/la solicitante otorga poder a:

Apellido/s, nombre

Dirección

Calle, número, código postal, localidad y país

Para representarle, actuar en su nombre y recibir la/s resolución/es y los documentos:

- únicamente para la presente solicitud
- hasta revocación

Fecha

**Firma
del/la solicitante**

Firma del apoderado/a

Adjuntar la copia de un documento de
identidad
