

CONVENIO ENTRE ESPAÑA Y EL REINO DE MARRUECOS SOBRE SEGURIDAD SOCIAL  
CONVENTION DE SÉCURITÉ SOCIALE ENTRE L'ESPAGNE ET LE ROYAUME DU MAROC

INSTRUCCIÓN DE UNA SOLICITUD DE PRESTACIONES POR (2) (3)  
INSTRUCTIONS POUR UNE DEMANDE DE PRESTATIONS DE (2) (3)

- VEJEZ  
VIEILLESSE  
 INVALIDEZ  
INVALIDITÉ  
 SUPERVIVENCIA  
SURVIVANT  
 SUBSIDIO DE DEFUNCIÓN  
ALLOCATION DÉCÈS

Artículos 17, 18, 19, 20, 21, 22, y 23 del Convenio  
Articles 17, 18, 19, 20, 21, 22 et 23 de la Convention  
Artículos 14, 15, 16, 17, 18, 20, y 21 del Acuerdo Administrativo  
Articles 14, 15, 16, 17, 18, 20 et 21 de l'Arrangement Administratif

El presente formulario será cumplimentado en la parte que le afecta, por la institución ante la cual se presente la solicitud y remitido, en duplicado ejemplar, a la institución competente de la otra parte. Esta devolverá un ejemplar del formulario en el que se certifiquen los períodos de seguro cumplidos bajo su legislación, a la institución a quien corresponde la instrucción del expediente.

L'institution auprès de laquelle ce formulaire est présenté complètera la partie la concernant; le formulaire sera ensuite transmis, en double exemplaire, à l'institution compétente de l'autre Partie. Après avoir justifié les périodes de cotisation accomplies sous sa législation, celle-ci retournera un exemplaire du formulaire à l'institution devant instruire le dossier.

Fecha de presentación de la solicitud ..... Referencia .....

Date de la demande ..... Référence .....

1 ORGANISMO DE ENLACE DESTINATARIO / ORGANISME DE LIAISON DESTINATAIRE

1.1 Denominación

Dénomination

1.2 Dirección (1)

Adresse (1)

2 DATOS RELATIVOS AL ASEGURADO O CAUSANTE FALLECIDO /  
RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURÉ OU CONJOINT DÉCÉDÉ

2.1	Primer apellido Premier nom	Segundo apellido Deuxième nom	Nombre Prénom
2.2	Nombre del padre Prénom du père	Nombre de la madre Prénom de la mère	
2.3	Fecha de nacimiento Date de naissance	Sexo Sexe	Nacionalidad Nationalité
			Estado civil Etat civil
2.4	Domicilio Domicile		
2.5	Fecha de matrimonio / Date de mariage		
2.6	Número de afiliación en España Número de immatriculation en Marruecos	DNI o NIF (4) CIN (5)	
2.7	Fecha de fallecimiento Date du décès	Lugar de fallecimiento Lieu de décès	
2.8	Causa del fallecimiento Cause du décès		
2.9	El interesado (2) L'intéressé (2)	<input type="checkbox"/> ejerce exerce <input type="checkbox"/> no ejerce n'exerce pas	<input type="checkbox"/> una actividad asalariada une activité salariée <input type="checkbox"/> una actividad independiente une activité indépendante
	Fecha en la que ha cesado o cesará su actividad laboral. Date à laquelle il a cessé ou cessera son activité		





7

**DETERMINACIÓN DE LA PRESTACIÓN A CARGO DE ESPAÑA**  
**DETERMINATION DE LA PRESTATION PRISE EN CHARGE PAR L' ESPAGNE**

Clase de la prestación / Type de la prestation	Fecha de efectos / Date d' entrée en jouissance	Importe mensual / Montant mensuel

 Por totalización / Par totalisation

 Sin totalización / Sans totalisation

Motivos por los cuales no se abona ninguna prestación / Motifs pour lesquels aucune prestation n' est versée

.....  
 ..... Fecha / Date .....

8

**DETERMINACIÓN DE LA PRESTACIÓN A CARGO DE MARRUECOS**  
**DETERMINATION DE LA PRESTATION PRISE EN CHARGE PAR LE MAROC**

Clase de la prestación / Type de la prestation	Fecha de efectos / Date d' entrée en jouissance	Importe mensual / Montant mensuel

 Por totalización / Par totalisation

 Sin totalización / Sans totalisation

Motivos por los cuales no se abona ninguna prestación / Motifs pour lesquels aucune prestation n' est versée

.....  
 ..... Fecha / Date .....

9

**INSTITUCIÓN INSTRUCTORA QUE RECIBE LA SOLICITUD**  
**INSTITUTION D' INSTRUCTION RECEVANT LA DEMANDE**

Denominación / Denomination .....

Dirección / Adresse .....

Solicita a la institución competente de la otra parte devuelva / no devuelva, un ejemplar del presente formulario debidamente cumplimentado / Demande à l' institution compétente de l' autre Partie qu' elle renvoie/ne renvoie pas un exemplaire de ce formulaire dûment complété

Sello / Cachet

Fecha / Date .....

Firma / Signature

10

**INSTITUCIÓN DE LA OTRA PARTE**  
**INSTITUTION DE L' AUTRE PARTIE**

Denominación / Denomination .....

Dirección / Adresse .....

Sello / Cachet

Fecha / Date .....

Firma / Signature

## NOTAS / NOTES

- (1) Calle, número, código postal, localidad, provincia, país.  
*Rue, numéro, code postal, localité, province, pays.*
- (2) **Márquese con una X el recuadro que proceda.**  
*Marquer d'une croix la case utile.*
- (3) **En caso de invalidez rellenar solamente aquellas partes que se refieren a las causas y los efectos que tengan relación directa con la misma.**  
*En cas d'invalidité ne remplir que les parties concernant les causes et les effets en rapport direct avec celle-ci.*
- (4) **Para los nacionales españoles indicar el número del Documento Nacional de Identidad aunque esté caducado. Si no lo posee indicar expresamente "no lo tiene", o bien indicar el número de identificación fiscal.**  
*Pour les ressortissants espagnols, indiquer le numéro de la Carte Nationale d'Identité même si elle est périmée. Si l'intéressé n'en a pas, indiquer expressément "n'en a pas" ou bien indiquer le numéro d'identification fiscale.*  
**Para los nacionales marroquíes indicar el número de la Carta de Identificación Nacional.**  
*Pour les ressortissants marocains, indiquer le numéro de la Carte d'Identité Nationale.*