



**DECLARACIÓN DE FALLECIMIENTO DE PENSIONISTA
Y PERCEPTORES DE PRESTACIONES PERIÓDICAS
DE LA SEGURIDAD SOCIAL**

DATOS DEL FALLECIDO

Primer apellido		Segundo apellido		Nombre		Núm. DNI	
Clase de prestación	Régimen	Lugar de defunción		Fecha de defunción		Última provincia de residencia	

DATOS DEL DECLARANTE

Primer apellido		Segundo apellido		Nombre		Núm. DNI	
Domicilio (calle o plaza y número)			C. postal	Localidad		Provincia	

¿Se adjunta certificado de defunción? (conteste SÍ o NO, según corresponda)

Declaro, bajo mi responsabilidad, que son ciertos los datos consignados en la presente declaración.

....., a de de 200

Firma del declarante,

INS/Spema/2005 C/004

NOTA: El declarante deberá identificarse mediante la exhibición de DNI o similar.

Sr. Director Provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social