



V. — OTRAS DISPOSICIONES

SEGURIDAD SOCIAL. FUERZAS ARMADAS Y FUERZAS Y CUERPOS DE SEGURIDAD DEL ESTADO

Resolución 430/04224/16

Cód. Informático: 2016006259.

Se aprueban los modelos de certificado previstos en el Real Decreto 1087/2015, de 4 de diciembre, con el importe de la pensión extraordinaria que le hubiera correspondido al personal de las Fuerzas Armadas o del Cuerpo de la Guardia Civil integrado en el Régimen General de la Seguridad Social o a sus beneficiarios, de haberle sido de aplicación el Régimen de Clases Pasivas del Estado.

El Real Decreto-ley 13/2010, de 3 de diciembre, de actuaciones en el ámbito fiscal, laboral y liberalizadoras para fomentar la inversión y la creación de empleo, estableció en su artículo 20 que los funcionarios públicos ingresados a partir de 1 de enero de 2011, están obligatoriamente incluidos en el Régimen General de la Seguridad Social -RGSS- en lo relativo a las contingencias cubiertas por el Régimen de Clases Pasivas del Estado -RCPE- (vejez, invalidez, muerte y supervivencia), inclusión que ya ha sido reflejada en el reciente Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social, aprobado por Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre.

Ello supone que desde enero de 2011, el personal de las Fuerzas Armadas y del Cuerpo de la Guardia Civil de nuevo ingreso, ya sean de carrera, de complemento o tropa, alumnos de centros docentes militares de formación o reservistas, están incluidos a efectos de pensiones en el Régimen General de Seguridad Social.

En el propio articulado, se establece que la integración respetará para el personal de las Fuerzas Armadas y las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado, determinadas especificidades, así como, el régimen de las pensiones extraordinarias previsto en el Régimen de Clases Pasivas del Estado, con las adaptaciones que sean precisas.

En consecuencia, se ha aprobado Real Decreto 1087/2015, de 4 de diciembre, sobre procedimiento, condiciones y alcance del reconocimiento de las prestaciones de incapacidad permanente y muerte y supervivencia para el personal de las Fuerzas Armadas y de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado derivado de su inclusión en el Régimen General de la Seguridad Social.

El artículo 13 y siguientes del citado Real Decreto, establecen que en caso de incapacidad permanente para el servicio o en caso de fallecimiento, producidos en acto de servicio o como consecuencia del mismo, o atentado terrorista, se reconocerá al personal de las Fuerzas Armadas y las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado, o a sus familiares con derecho a pensión del Régimen de la Seguridad Social, la pensión que corresponda conforme a la normativa del Régimen General de la Seguridad Social así como un complemento extraordinario de pensión equivalente a la diferencia entre el importe de la pensión por contingencias profesionales de la Seguridad Social y la cuantía de la pensión extraordinaria que por el mismo hecho hubiere correspondido, en su caso, en aplicación de las normas del Régimen de Clases Pasivas del Estado.

A los efectos del reconocimiento del complemento al personal de las Fuerzas Armadas y del Cuerpo de la Guardia Civil, los artículos 14.a)1.º y 15.a)1.º del Real Decreto 1087/2015 prevé que la Dirección General de Personal emitirá una certificación en la que conste el importe mensual y anual de la pensión extraordinaria que en la fecha de cese de la relación de servicios hubiera correspondido al interesado o en su caso, a sus familiares, de haberle sido de aplicación el Régimen de Clases Pasivas del Estado.

Dicho certificado se emitirá de oficio y será remitido al interesado en los supuestos de incapacidad permanente en acto de servicio mientras que, en caso de fallecimiento, los beneficiarios que se consideren con derecho a pensión, deberán solicitarlo a la Dirección General de Personal.



En su virtud, y previo el informe favorable de la Asesoría Jurídica General de este Ministerio, esta Dirección General, en uso de las atribuciones conferidas por la legislación vigente, resuelve:

Primero.- Aprobar los modelos de Certificación Oficial con el importe mensual y anual de la pensión extraordinaria que le hubiera correspondido al interesado o beneficiarios de haberle sido de aplicación el Régimen de Clases Pasivas del Estado, que se adjuntan como el Anexo I y II.

Segundo.- Aprobar el modelo de solicitud de dicho certificado para los familiares y beneficiarios en caso de fallecimiento del causante, donde se incluye la documentación a aportar así como las instrucciones para su cumplimentación, que se adjunta como Anexo III.

Tercero.- La presente Resolución entrará en vigor el día siguiente al de su publicación en el «BOD».

Madrid, 16 de marzo de 2016.—La Directora General de Personal, Adoración Mateos Tejada.

**Anexo I****CERTIFICADO PARA COMPLEMENTO EXTRAORDINARIO DE PENSIÓN
(INCAPACIDAD)****D. /DÑA. (nombre y cargo),****CERTIFICA:** A efectos de la solicitud del complemento extraordinario de pensión previsto en el art.13 y ss. del Real Decreto 1087/2015, de 4 de diciembre, y según consta en los datos obrantes en el Ministerio de Defensa,**1. DATOS DEL INTERESADO**Nombre y apellidos....., *DNI:*

Empleo: Fecha de ingreso en las FAS/Guardia Civil: Fecha de cese de la relación de servicios:, por Resolución del Ministerio de Defensa nº / /, de de de 20....

2. DATOS DE LA PENSIÓN

De haberle sido de aplicación el Régimen de Clases Pasivas del Estado, a dicho interesado le hubiera correspondido, según lo dispuesto en la legislación vigente, una pensión extraordinaria cuyos importes se detallan a continuación.

PENSIÓN TOTAL ANUAL (14 mensualidades)	€
PENSIÓN TOTAL MENSUAL	€

Y para que conste a efectos de la aplicación de la disposición adicional tercera del texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social (Real Decreto Legislativo 8/2015, de 4 de diciembre) y su presentación en el Instituto Nacional de la Seguridad Social (o mutua colaboradora de la Seguridad Social que tenga asumida la contingencia profesional).

En Madrid a, ... de de 20...

**LA DIRECTORA GENERAL DE PERSONAL
POR D. F. (Resolución de 4 de febrero de 2016)**

CARGO

Nombre y Apellidos



Anexo II
CERTIFICADO PARA COMPLEMENTO EXTRAORDINARIO DE PENSIÓN
(FAMILIARES)

D. /DÑA. (nombre y cargo),

CERTIFICA: A efectos de la solicitud del complemento extraordinario de pensión previsto en el art. 13 y ss. del Real Decreto 1087/2015, de 4 de diciembre, y según consta en los datos profesionales obrantes en el Ministerio de Defensa y de acuerdo con los datos declarados por el propio interesado en su solicitud, cuya copia se adjunta,

1. DATOS DEL BENEFICIARIO

Nombre y apellidos DNI/NIE

Relación de parentesco con el causante

2. CAUSANTE

Nombre y apellidos DNI/NIE

Empleo Fecha de ingreso en las FAS/Guardia civil Fecha de fallecimiento (Por Resolución de declaración del fallecimiento en acto de servicio o atentado terrorista)

3. DATOS DE LA PENSIÓN

De haberle sido de aplicación el Régimen de Clases Pasivas del Estado, a beneficiario le hubiera correspondido, según lo dispuesto en la legislación vigente, una pensión extraordinaria cuyos importes se detallan a continuación

PENSIÓN TOTAL ANUAL (14 mensualidades)	€
PENSIÓN TOTAL MENSUAL	€

Y para que conste a efectos de la aplicación de la disposición adicional tercera del texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social (Real Decreto Legislativo 8/2015, de 4 de diciembre) y su presentación en el Instituto Nacional de la Seguridad Social (o mutua colaboradora de la Seguridad Social que tenga asumida la contingencia profesional).

En _____ a, ____ de _____ de 20__.

LA DIRECTORA GENERAL DE PERSONAL
POR D. F. (Resolución de 4 de febrero de 2016)
CARGO

Nombre y Apellidos



ANEXO III

MINISTERIO
DE
DEFENSA

Registro de presentación

Registro de entrada

SUBSECRETARÍA DE DEFENSA
DIRECCIÓN GENERAL DE PERSONAL**SOLICITUD DE CERTIFICACIÓN DEL IMPORTE DE PENSIÓN
EXTRAORDINARIA DE CLASES PASIVAS (FAMILIARES)**TIPO DE PENSIÓN : VIUDEDAD ORFANDAD EN FAVOR DE PADRES**1 DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE**

Primer apellido

Segundo apellido

Nombre

Fecha de nacimiento

Sexo V/M

DNI / NIF / NIE

Otro documento identificativo (si carece de DNI)

Nacionalidad

Estado Civil:

 Soltero/a Casado/a Viudo/a Separado/a legalmente Divorciado/a

Domicilio habitual: (calle, plaza, número, bloque, escalera, piso, puerta..)

Código Postal

Localidad

Provincia / Departamento

País

Correo Electrónico

Teléfono

2 RELACIÓN CON EL FALLECIDO Hijo/a Padre o Madre Viudo/a Separado/a Divorciado/a Pareja de hecho Matrimonio Nulo**3 DATOS DEL CAUSANTE FALLECIDO**

Primer apellido

Segundo apellido

Nombre

Fecha de nacimiento

Sexo V/M

Estado Civil: Soltero/a Casado/a Viudo/a Separado/a legalmente Divorciado/a

DNI / NIF / NIE

Otro documento identificativo (si carece de DNI)

Nacionalidad

Ejército

Arma o Cuerpo/Escala

Empleo

CORREO ELECTRÓNICO:

pensiones@oc.mde.es

AREA DE PENSIONES
Paseo de la Castellana, 233
28046 - MADRID
TEL: 91.545.42.00
FAX: 91.545.41.50

**4 SOLICITANTES DE PENSIÓN DE VIUDEDAD****4.1 SOLICITANTES QUE SEAN O HAYAN SIDO CÓNYUGES DEL CAUSANTE**

SI HA EXISTIDO VÍNCULO CONYUGAL CON EL FALLECIDO: Fecha de matrimonio F. separación/ nulidad/ divorcio

¿Percibe pensión compensatoria art. 97 Cód. Civil? (Separado / Divorciado) No Sí * Adjuntar convenio regulador

¿Tuvo hijos comunes? Sí No

¿Ha percibido la indemnización del art. 98 Cód. Civil? (Nulidad) Sí No

DECLARACIÓN ESTADO CIVIL ACTUAL:

D./Dña. _____ **declaro** bajo mi responsabilidad que no he contraído nuevas nupcias ni constituido una pareja de hecho desde el fallecimiento del causante o, en su caso desde mi divorcio o nulidad matrimonial del mismo.

Fecha y Firma:

4.2 PAREJAS DE HECHO

SI NO HA EXISTIDO VÍNCULO CONYUGAL PERO CONSTITUÍA UNA PAREJA DE HECHO CON EL FALLECIDO:

Fecha de inicio de la convivencia (acreditada mediante certificado de empadronamiento):

Fecha de constitución de la pareja de hecho (acreditada mediante inscripción en algún registro de parejas de hecho o documento público):

DECLARACIÓN ESTADO CIVIL ACTUAL:

D./Dña. _____ **declaro** bajo mi responsabilidad que mi estado civil es _____, que no tengo vínculo matrimonial con persona distinta del fallecido ni he constituido una nueva pareja de hecho desde el fallecimiento del causante.

Fecha y Firma:

5 SOLICITANTES DE PENSIÓN DE ORFANDAD

DATOS DE LOS HUERFANOS (* Incluya sólo los huérfanos por los que solicite pensión):

Primer apellido	Segundo apellido	Nombre	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
DNI / NIF / NIE	INCAPACITADO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Fecha de nacimiento	Nacionalidad
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Primer apellido	Segundo apellido	Nombre	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
DNI / NIF / NIE	INCAPACITADO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Fecha de nacimiento	Nacionalidad
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Primer apellido	Segundo apellido	Nombre	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
DNI / NIF / NIE	INCAPACITADO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Fecha de nacimiento	Nacionalidad
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Primer apellido	Segundo apellido	Nombre	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
DNI / NIF / NIE	INCAPACITADO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Fecha de nacimiento	Nacionalidad
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

* Los hijos mayores de 21 años que soliciten prórroga en la pensión hasta los 22 o, 24 años si se trata de huérfanos absolutos o que presenten una minusvalía igual o superior al 33%, deberán adjuntar declaración de Ingresos.

**6 DATOS DE OTROS BENEFICIARIOS**

Primer apellido	Segundo apellido	Nombre

Relación con el causante (cónyuge, conviviente, hijo, hija, padre, madre, nieto, nieta, abuelo, abuela)

Primer apellido	Segundo apellido	Nombre

Relación con el causante (cónyuge, conviviente, hijo, hija, padre, madre, nieto, nieta, abuelo, abuela)

Primer apellido	Segundo apellido	Nombre

Relación con el causante (cónyuge, conviviente, hijo, hija, padre, madre, nieto, nieta, abuelo, abuela)

7 DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL (Rellenar sólo cuando proceda)

Primer apellido	Segundo apellido

Nombre

Si es habilitado incluya su Código: Actúa en nombre del solicitante como: Representante legal Apoderado Tutor Otros.....

Domicilio a efectos de notificaciones: (calle, plaza, número, bloque, escalera, piso, puerta..)

Teléfono

--	--

Código Postal	Localidad	Provincia / Departamento	País

Correo Electrónico

DECLARO bajo mi responsabilidad que son ciertos los datos consignados en la presente solicitud, en el conocimiento de las responsabilidades en que pudiera incurrir por falsedad en los mismos y que la certificación que solicito se va a emitir en base a dichos datos y **SOLICITO** mediante la firma del presente impreso que sedé curso a mi solicitud.

AUTORIZO la verificación y cotejo de los datos profesionales del causante obrantes en la Dirección General de Personal del Ministerio de Defensa

En _____, a _____ de _____ de 20____ Verificación de datos de DNI (A cumplimentar por la Administración)

Firma del/de la solicitante

La Dirección General de Personal del Ministerio de Defensa le informa:

- Los datos personales aportados por Vd. para la resolución de su solicitud quedarán incorporados a un fichero informático que será custodiado por la Dirección General de Personal del Ministerio de Defensa. En cualquier momento puede ejercitar sus derechos de consulta, acceso, rectificación, cancelación y oposición en la dirección que figura en el pie de este impreso, de acuerdo a lo establecido en la Ley Orgánica 15/99 de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.
- La inclusión de datos falsos, así como la obtención fraudulenta de prestaciones, pueden ser constitutivas de delito.

DIRECCIÓN GENERAL DE PERSONAL. DIVISIÓN DEL SERVICIO DE APOYO AL PERSONAL . ÁREA DE PENSIONES
Paseo de la Castellana, 233, 28046-MADRID