

|                               |                          |
|-------------------------------|--------------------------|
| IDENTIFICACIÓN DEL EXPEDIENTE | REGISTRO DE PRESENTACIÓN |
| SERVICIO PROVINCIAL           |                          |
| OFICINA DELEGADA              |                          |
| CÓDIGO DEL EXPEDIENTE         | REGISTRO DE ENTRADA      |

## SOLICITUD DE AYUDA DE SEPELIO

|   |                                                                                                                                             |                 |                                    |                                        |
|---|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|------------------------------------|----------------------------------------|
| 1 | <b>DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE</b>                                                                                                      |                 |                                    |                                        |
|   | Número de afiliación a MUFACE o Seg. Social<br>_ _ _ _ _                                                                                    | Primer apellido | Segundo apellido                   | Nombre                                 |
|   | Domicilio: Calle o Plaza y número                                                                                                           | Código postal   | Localidad                          | Provincia                              |
|   | País                                                                                                                                        | Teléfono        | Fecha de nacimiento<br>_ / _ / _ _ | NIF/Pasaporte/D. Identificación (U.E.) |
|   | Si desea recibir información sobre la tramitación de esta solicitud, indiquenos por favor su dirección de correo electrónico: _____ @ _____ |                 |                                    |                                        |

|   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |             |        |     |
|---|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|--------|-----|
| 2 | <b>INFORMACIÓN SOBRE LA PERSONA CAUSANTE</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |             |        |     |
|   | 1º Apellido                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 2º Apellido | Nombre | NIF |
|   | Fecha fallecimiento<br>_ / _ / _ _                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |             |        |     |
|   | Marque con "X" el supuesto de que se trate                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |             |        |     |
|   | <input type="checkbox"/> a) Persona Beneficiaria del/de la titular<br><input type="checkbox"/> b) Titular de documento asimilado al de afiliación<br><input type="checkbox"/> c) Hijo/a fallecido/a antes de haber transcurrido un mes desde su nacimiento y que cumplía los requisitos para ser beneficiario/a del/de la titular<br><input type="checkbox"/> d) Feto que haya permanecido en el seno materno al menos 180 días |             |        |     |

|   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|---|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 3 | <b>DOCUMENTACIÓN</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|   | Señale con "X" los documentos que Vd. aporta<br><br><input type="checkbox"/> Documento de Beneficiarios/as del Mutualismo Administrativo o documento asimilado al de afiliación, según proceda, para su actualización.<br><input type="checkbox"/> Certificado médico oficial del fallecimiento del beneficiario/a o fotocopia del Libro de Familia en el que conste dicho fallecimiento, o certificación del Registro Civil acreditativa de la defunción.<br><input type="checkbox"/> Certificado médico oficial en el que conste la fecha de interrupción del embarazo y el tiempo de gestación (sólo para el supuesto 2.d)<br><input type="checkbox"/> Documento acreditativo de los gastos originados (sólo para el supuesto 2.d)<br><input type="checkbox"/> Otros documentos ..... |

|   |                                                                          |
|---|--------------------------------------------------------------------------|
| 4 | <b>DATOS PARA EL PAGO POR TRANSFERENCIA</b>                              |
|   | IBAN    Entidad bancaria    Sucursal    D.C.    Número de cuenta/libreta |

|   |                                                                                                                            |
|---|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 5 | <b>DATOS DE NOTIFICACIÓN (A cumplimentar voluntariamente)</b>                                                              |
|   | Domicilio:    Particular <input type="checkbox"/> Laboral <input type="checkbox"/> Otro domicilio <input type="checkbox"/> |
|   | Calle, plaza y número                                                                                                      |
|   | Código postal    Localidad                                                                                                 |
|   | Provincia    País                                                                                                          |

Para la resolución de este procedimiento, MUFACE podrá recabar, consultar o verificar los datos de identidad y residencia en la Plataforma de Intermediación de Datos (art. 28.2 Ley 39/2015, de 1 de octubre), pudiendo manifestar su oposición expresa y justificadamente, tal como se indica en la cláusula de protección de datos que figura en este impreso.

### DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD QUE:

Todos los datos consignados son ciertos y completos.

LUGAR, FECHA Y FIRMA DEL/DE LA SOLICITANTE o de su representante debidamente acreditado/a (Art. 5 Ley 39/2015 del PAC de las AAPP)

De acuerdo con el artículo 13 del Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 (Reglamento General de Protección de Datos Personales) y la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales, se informa que los datos de carácter personal que se faciliten serán tratados por MUFACE con la finalidad de gestionar prestaciones sociales en el Régimen del Mutualismo Administrativo. Este tratamiento es necesario para el cumplimiento de la obligación legal establecida en los artículos 4 y 12 del texto refundido de la Ley sobre Seguridad Social de los Funcionarios Civiles del Estado (aprobado por Real Decreto Legislativo 4/2000, de 23 de junio). Puede ejercer sus derechos en materia de protección de datos ante el Director/a del Departamento de Prestaciones Sociales de MUFACE.

Más información: <http://www.muface.es/protecciondedatos> Delegado de Protección de Datos de la Mutualidad: [DPDMuface@muface.es](mailto:DPDMuface@muface.es)

## DILIGENCIA

*Sólo se cumplimentará si la solicitud, en su tratamiento informático, es rechazada por no poder comprobar en las personas solicitantes o causantes las condiciones de afiliación o alta.*

Se han comprobado los datos de las personas solicitantes y causantes a los que se refiere la presente solicitud y en la fecha del hecho causante

- ☐ ambos reunían las condiciones de afiliación y/o alta precisas para la prestación.
- ☐ la persona solicitante reunía las condiciones de afiliación y/o alta y la persona causante cumplía los requisitos del epígrafe 2.1.c) de la Instrucción SE-1/2000, modificado por la Instrucción SE-1.1/2003.
- ☐ la persona solicitante reunía las condiciones de afiliación y/o alta y la persona causante cumplía los requisitos del epígrafe 2.1.d) de la Instrucción SE-1/2000, modificada por la Instrucción SE-1.1/2003.
- ☐ la persona solicitante no reunía las condiciones de afiliación o alta que fueran precisas en el supuesto de que se trata.
- ☐ la persona causante no reunía las condiciones de afiliación ni cumplía los requisitos de los epígrafes 2.1.c) o d) de la Instrucción SE-1/2000, modificada por la Instrucción SE-1.1/2003.
- ☐ otras circunstancias (especificar):

, a de de  
EL/LA JEFE/A DE COLECTIVOS,

## PROPUESTA DE RESOLUCIÓN

Se propone la siguiente resolución:

“Vista la presente solicitud, los informes emitidos, la documentación aportada y los antecedentes oportunos, así como la normativa aplicable, se acuerda:

☐ SU APROBACIÓN por reunir los requisitos exigibles concediendo la cantidad de

en concepto de Ayuda de Sepelio, cuyo pago puede realizarse sin más trámites.

EUROS

☐ SU DENEGACIÓN, por

, a de de  
EL/LA JEFE/A DE PRESTACIONES,

**CONFORME**

Notifíquese y, en su caso, dispóngase el pago sin más trámites.

, a de de

EJEMPLAR PARA MUFACE

|                               |                          |
|-------------------------------|--------------------------|
| IDENTIFICACIÓN DEL EXPEDIENTE | REGISTRO DE PRESENTACIÓN |
| SERVICIO PROVINCIAL           |                          |
| OFICINA DELEGADA              |                          |
| CÓDIGO DEL EXPEDIENTE         | REGISTRO DE ENTRADA      |

## SOLICITUD DE AYUDA DE SEPELIO

|                                                                                                                                             |                                                          |                 |                                        |                                        |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|-----------------|----------------------------------------|----------------------------------------|
| 1                                                                                                                                           | <b>DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE</b>                   |                 |                                        |                                        |
|                                                                                                                                             | Número de afiliación a MUFACE o Seg. Social<br>_ _ _ _ _ | Primer apellido | Segundo apellido                       | Nombre                                 |
|                                                                                                                                             | Domicilio: Calle o Plaza y número                        | Código postal   | Localidad                              | Provincia                              |
|                                                                                                                                             | País                                                     | Teléfono        | Fecha de nacimiento<br>_ / _ / _ _ _ _ | NIF/Pasaporte/D. Identificación (U.E.) |
| Si desea recibir información sobre la tramitación de esta solicitud, indiquenos por favor su dirección de correo electrónico: _____ @ _____ |                                                          |                 |                                        |                                        |

|   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |             |        |     |
|---|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|--------|-----|
| 2 | <b>INFORMACIÓN SOBRE LA PERSONA CAUSANTE</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |             |        |     |
|   | 1º Apellido                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 2º Apellido | Nombre | NIF |
|   | Fecha fallecimiento<br>_ / _ / _ _ _ _                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |             |        |     |
|   | <p>Marque con "X" el supuesto de que se trate</p> <p><input type="checkbox"/> a) Persona Beneficiaria del/de la titular</p> <p><input type="checkbox"/> b) Titular de documento asimilado al de afiliación</p> <p><input type="checkbox"/> c) Hijo/a fallecido/a antes de haber transcurrido un mes desde su nacimiento y que cumplía los requisitos para ser beneficiario/a del/de la titular</p> <p><input type="checkbox"/> d) Feto que haya permanecido en el seno materno al menos 180 días</p> |             |        |     |

|   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|---|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 3 | <b>DOCUMENTACIÓN</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|   | <p>Señale con "X" los documentos que Vd. aporta</p> <p><input type="checkbox"/> Documento de Beneficiarios/as del Mutualismo Administrativo o documento asimilado al de afiliación, según proceda, para su actualización.</p> <p><input type="checkbox"/> Certificado médico oficial del fallecimiento del beneficiario/a o fotocopia del Libro de Familia en el que conste dicho fallecimiento, o certificación del Registro Civil acreditativa de la defunción.</p> <p><input type="checkbox"/> Certificado médico oficial en el que conste la fecha de interrupción del embarazo y el tiempo de gestación (sólo para el supuesto 2.d)</p> <p><input type="checkbox"/> Documento acreditativo de los gastos originados (sólo para el supuesto 2.d)</p> <p><input type="checkbox"/> Otros documentos .....</p> |

|   |                                                                          |
|---|--------------------------------------------------------------------------|
| 4 | <b>DATOS PARA EL PAGO POR TRANSFERENCIA</b>                              |
|   | IBAN    Entidad bancaria    Sucursal    D.C.    Número de cuenta/libreta |

|                   |                                                                                                                            |
|-------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 5                 | <b>DATOS DE NOTIFICACIÓN (A cumplimentar voluntariamente)</b>                                                              |
|                   | Domicilio:    Particular <input type="checkbox"/> Laboral <input type="checkbox"/> Otro domicilio <input type="checkbox"/> |
|                   | Calle, plaza y número                                                                                                      |
|                   | Código postal    Localidad                                                                                                 |
| Provincia    País |                                                                                                                            |

Para la resolución de este procedimiento, MUFACE podrá recabar, consultar o verificar los datos de identidad y residencia en la Plataforma de Intermediación de Datos (art. 28.2 Ley 39/2015, de 1 de octubre), pudiendo manifestar su oposición expresa y justificadamente, tal como se indica en la cláusula de protección de datos que figura en este impreso.

### DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD QUE:

Todos los datos consignados son ciertos y completos.

LUGAR, FECHA Y FIRMA DEL/DE LA SOLICITANTE o de su representante debidamente acreditado/a (Art. 5 Ley 39/2015 del PAC de las AAPP)

De acuerdo con el artículo 13 del Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 (Reglamento General de Protección de Datos Personales) y la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales, se informa que los datos de carácter personal que se faciliten serán tratados por MUFACE con la finalidad de gestionar prestaciones sociales en el Régimen del Mutualismo Administrativo. Este tratamiento es necesario para el cumplimiento de la obligación legal establecida en los artículos 4 y 12 del texto refundido de la Ley sobre Seguridad Social de los Funcionarios Civiles del Estado (aprobado por Real Decreto Legislativo 4/2000, de 23 de junio). Puede ejercer sus derechos en materia de protección de datos ante el Director/a del Departamento de Prestaciones Sociales de MUFACE.

Más información: <http://www.muface.es/protecciondedatos> Delegado de Protección de Datos de la Mutualidad: [DPDMuface@muface.es](mailto:DPDMuface@muface.es)