

SOLICITUD DE INDEMNIZACIÓN A FAVOR DE PERSONAS FALLECIDAS O CON LESIONES INCAPACITANTES POR SU ACTIVIDAD EN DEFENSA Y REIVINDICACIÓN DE LA DEMOCRACIA

(Real Decreto-ley 6/2026, de 3 de marzo, por el que se modifica la Ley 20/2022, de 19 de octubre, de Memoria Democrática, sobre reconocimiento a favor de personas fallecidas o con lesiones incapacitantes por su actividad en defensa y reivindicación de la Democracia. BOE 4 de marzo de 2026)

0. ANTECEDENTES

Marcar lo que proceda:

☐ **Se obtuvo indemnización** por fallecimiento, o lesión incapacitante, del causante en aplicación del Real Decreto 1803/2008¹, y solicita ahora compensación por la diferencia existente entre la cantidad recibida y la regulada en el Real Decreto-ley 6/2026, de 3 de marzo.

☐ **No se obtuvo indemnización** por fallecimiento, o lesión incapacitante, del causante en aplicación del Real Decreto 1803/2008, y solicita ahora acogerse a las indemnizaciones reguladas en el Real Decreto-ley 6/2026, de 3 de marzo.

1. DATOS DEL SOLICITANTE

Primer apellido	Segundo apellido	Nombre	
DNI/NIF/NIE	Otro documento identificativo	Nacionalidad	
	Tipo		
	Número		
Domicilio (Calle, N°, Piso, Puerta)	Localidad	Código postal	
Provincia	País	Nº teléfono (móvil a ser posible)	

¹ Real Decreto 1803/2008, de 3 de noviembre, por el que se regulan las condiciones y el procedimiento para el abono de las indemnizaciones reconocidas en la Ley 52/2007, de 26 de diciembre, a favor de personas fallecidas o con lesiones incapacitantes por su actividad en defensa de la Democracia.

DOMICILIO A EFECTOS DE NOTIFICACIONES (sólo si es distinto al indicado anteriormente)

Domicilio (Calle, N°, Piso, Puerta)		Localidad	Código Postal
Provincia	País	Nº teléfono (móvil a ser posible)	

Solicita en calidad de (marcar lo que proceda):

☐ En nombre propio (en casos en los que el solicitante coincida con el causante, al haber sido afectado por lesiones incapacitantes).

En el resto de los casos (cuando el causante haya fallecido):

- ☐ Cónyuge viudo
 ☐ Pareja de hecho
 ☐ Hijo
 ☐ Padre/Madre
 ☐ Nieto
 ☐ Hermano
 ☐ Hijo de la pareja de hecho

2. DATOS DEL CAUSANTE (sólo para casos en los que el causante haya fallecido)

Primer apellido	Segundo apellido	Nombre
DNI/NIF/NIE	Otro documento identificativo	Nacionalidad
	Tipo:	
	Número:	
Fecha de nacimiento	Fecha de fallecimiento	Sexo

3. DATOS DEL REPRESENTANTE (rellenar sólo cuando proceda)

Primer apellido	Segundo apellido	Nombre
DNI/NIF/NIE	Otro documento identificativo	Nacionalidad
	Tipo:	
	Número:	
Domicilio (Calle, Nº, Piso, Puerta)	Localidad	Provincia
Código Postal	País	Nº teléfono (móvil a ser posible)

4. DESCRIPCIÓN DE LAS CIRCUNSTANCIAS EN QUE SE HUBIERA PRODUCIDO EL FALLECIMIENTO O HECHO INCAPACITANTE

Fecha del hecho determinante: ____ / ____ / ____

5. DECLARACIÓN DE OTRAS INDEMNIZACIONES

☐ No

☐ Sí. Indicar organismo, tipo de prestación e importe:

6. DECLARACIÓN DE DEPENDENCIA ECONÓMICA Y/O EXISTENCIA DE OTROS BENEFICIARIOS

Rellenar sólo si solicita como padre/madre, nieto, hermano o hijo de la pareja de hecho (Marque con una X la casilla que proceda)

☐ Declaro que en el momento de su fallecimiento, dependía económicamente del causante y que mis rentas o ingresos íntegros, en cómputo anual, eran de _____ euros

Si conoce la existencia de otros beneficiarios del causante por el siguiente orden excluyente: padres, nietos, hermanos o hijos de la pareja de hecho, consigne sus datos en las siguientes casillas

Primer apellido	Segundo apellido	Nombre	DNI/NIF	Parentesco

7. DATOS BANCARIOS PARA EL ABONO

Titular de la cuenta	
Entidad bancaria	
IBAN	

QUEDO INFORMADO de la incompatibilidad entre la percepción de esta indemnización y cualquier otra indemnización o compensación económica que por los mismos hechos pudiera reconocérseme en el futuro y de la obligación de comunicarlo a la Comisión de Evaluación.

DECLARO, bajo mi responsabilidad, que son ciertos los datos que consigno en la presente solicitud y presto consentimiento para que la Comisión de Evaluación recabe los antecedentes, datos o informes que pudieran constar en los servicios policiales, autoridades gubernativas, órganos jurisdiccionales así como en otros registros, sobre los hechos causantes del fallecimiento o lesiones incapacitantes.

AUTORIZO la consulta de mis datos de identificación personal y residencia, con garantía de confidencialidad y a los exclusivos efectos de esta solicitud, en los Sistemas de Verificación de Datos de Identidad y de Residencia regulados, respectivamente, en las ÓRDENES PRE/3949/2006, de 26 de diciembre y PRE/4008/2006, de 27 de diciembre (en caso de no



autorizar la consulta, marque la siguiente casilla ☐ y presente fotocopia de DNI/NIF o, si fuera extranjero, de la tarjeta de residencia o del pasaporte/NIE).

PRESTO CONSENTIMIENTO a la verificación y cotejo de los datos obrantes en la Agencia Estatal de la Administración Tributaria, en los términos establecidos en la O.M. 18-11-1999, así como a que los datos personales disponibles en la Tesorería General de la Seguridad Social y en otras oficinas públicas, que sean necesarios para tramitar el expediente, puedan ser transmitidos o certificados telemáticamente a la Dirección General de Costes de Personal y Pensiones Públicas.

SOLICITO, mediante la firma del presente impreso, el reconocimiento y el pago de la indemnización que proceda según las disposiciones legales vigentes.

Firma del solicitante o representante: _____

(Recuerde que deberá completar esta solicitud con los documentos acreditativos que se explican en las guías correspondientes)