

ANEXO

**FORMULARIO DE DECLARACIÓN DE APORTES EN OTRO(S) ESTADO(S) PARTE (FDAOEP)
PARA ASEGURADOS**

Yo, _____ *nombres y apellidos del Asegurado* _____ con CUA _____ y documento de identidad N° _____, declaro que:

1. No tengo aportes efectuados a la Seguridad Social de Largo Plazo de otro(s) país(es) diferente(s) a Bolivia:
2. Tengo aportes efectuados a la Seguridad Social de Largo Plazo de otro(s) país(es) diferente(s) a Bolivia:

Si el Asegurado hubiera efectuado aportes en otro(s) país(es), la AFP deberá proceder al llenado del Formulario correspondiente.

Lugar y Fecha: _____

Nombre y Firma del Asegurado

Nombre y Firma
Responsable AFP/Gestora

ANEXO

**FORMULARIO DE DECLARACIÓN DE APORTES EN OTRO(S) ESTADO(S) PARTE (FDAOEP)
PARA DERECHOHABIENTES**

Yo, _____ *nombres y apellidos del Derechohabiente* _____, Derechohabiente del Asegurado
_____ *nombres y apellidos del Asegurado* _____ con CUA _____ y documento de identidad
N° _____, declaro que el Asegurado:

1. No tiene aportes efectuados a la Seguridad Social de Largo Plazo de otro(s) país(es) diferente(s) a Bolivia:
2. Tiene aportes efectuados a la Seguridad Social de Largo Plazo de otro(s) país(es) diferente(s) a Bolivia:

Si el Asegurado hubiera efectuado aportes en otro(s) país(es), la AFP deberá proceder al llenado del Formulario correspondiente.

Lugar y Fecha: _____

Nombre y Firma
Derechohabiente

Nombre y Firma
Responsable AFP/Gestora

ANEXO 3

FORMULARIO DE DECLARACIÓN DE CONFORMIDAD PARA ASEGURADOS (FDCA)

1. El Asegurado, _____ nacido el ____ de _____ de _____, con CUA _____ registrado en la AFP _____ (nombre AFP) _____ y con documento de identidad _____ expedido en _____, cuenta con los siguientes datos y cálculos:

2. Datos de las prestaciones / pensiones a las que accede:

Fecha de Solicitud: _____

Densidad de Aportes en Bolivia: _____

Densidad de Aportes en la Seguridad Social (Bolivia + otros Estados Parte): _____

Derechohabientes considerados en el cálculo:

Nombres y Apellidos	Fecha de Nacimiento	Parentesco	Observación

Saldo Acumulado a fecha de solicitud: _____ cuotas que equivalen a Bs _____ a valor cuota de _____

Pensión de Vejez con aporte en Bolivia: _____ (CCM: _____ + FSA: _____)

Pensión de Solidaria Vejez con aporte en Bolivia: _____ (CCM: _____ + FSA: _____ + FS: _____)

Pensión de Solidaria Vejez con aporte en la Seguridad Social: _____ (CCM: _____ + FSA: _____ + FS: _____)

3. Conforme a normativa el monto más alto y por consiguiente la pensión otorgada corresponde a: Pensión de _____ otorgada en el marco del _____ (SIP o CMISS) _____ de monto _____ (_____. Bs).

4. Habiendo tomado conocimiento de la pensión a la que puedo acceder, yo _____ con documento de identidad _____ y fecha de nacimiento ____ de _____ de _____, DECLARO estar de acuerdo con la Pensión que se me otorga y que figura en el numeral 3. anterior, y por consiguiente AUTORIZO a la AFP _____ (nombre de AFP) _____ a transferir el Saldo Acumulado en mi Cuenta Personal Previsional que figura en el numeral 2. anterior y a proceder con la emisión de la Declaración de Pensión correspondiente a la que se anexará el presente formulario en señal de firma, y a emitir los pagos correspondientes.

5. El pago de mi pensión deberá efectuarse en: (Marcar el inciso a) o b) y una sola opción al interior del inciso elegido)

a. Bolivia mediante: ☐

Apoderado: ☐

Abono en cuenta: ☐

N° de Cuenta:

Nombre de Entidad Bancaria:

Dirección de Entidad Bancaria:

b. _____ (País donde reside el Asegurado) _____ mediante: ☐

Cheque: ☐

Transferencia Bancaria: ☐

BIC / SWIFF:

IBAN:

CCC / Cuenta Corriente o de Ahorro:

N° de Entidad:

N° de Agencia:

Control o Código Verificador:

N° de Cuenta:

Nombre de Entidad Bancaria:

Dirección de Entidad Bancaria:

Firma del Asegurado

Nombre y firma de Testigo

ANEXO 4

FORMULARIO DE DECLARACIÓN DE CONFORMIDAD PARA DERECHOHABIENTES (FDCD)

1. El Asegurado, _____ nacido el ____ de _____ de _____, con CUA _____ registrado en la AFP _____ (nombre AFP) _____ y con documento de identidad _____ expedido en _____, cuenta con los siguientes datos y cálculos:

2. Datos de las prestaciones / pensiones a las que accede:

Fecha de Solicitud: _____

Densidad de Aportes en Bolivia: _____

Densidad de Aportes en la Seguridad Social (Bolivia + otros Estados Parte): _____

Derechohabientes considerados en el cálculo:

Nombres y Apellidos	Fecha de Nacimiento	Parentesco	Observación

Saldo Acumulado a fecha de fallecimiento: _____ cuotas que equivalen a Bs _____ a valor cuota de _____

Pensión por muerte derivada de Vejez con aporte en Bolivia: _____ (CCM: _____ + FSA: _____)

Pensión por Muerte derivada de Solidaria Vejez con aporte en Bolivia: _____ (CCM: _____ + FSA: _____ + FS: _____)

Pensión por Muerte derivada de Solidaria Vejez con aporte en la Seguridad Social: _____ (CCM: _____ + FSA: _____ + FS: _____)

3. Conforme a normativa el monto más alto y por consiguiente la Pensión por Muerte otorgada a la que se aplicarán los porcentajes de asignación de Derechohabientes corresponde a: Pensión de _____ otorgada en el marco del _____ (SIP o CMISS) _____ de monto _____ (_____ Bs) al cual se aplicarán los porcentajes de asignación de Derechohabientes.

4. Habiendo tomado conocimiento de la pensión a la que puedo acceder a la que se aplicarán los porcentajes de asignación de Derechohabientes, yo _____ con documento de identidad _____ y fecha de nacimiento _____ de _____ de _____, en mi calidad de _____ (esposa/hijo/padre/hermano, etc.) _____ del Asegurado fallecido, DECLARO estar de acuerdo con la Pensión que se me otorga y que figura en el numeral 3. anterior, y por consiguiente AUTORIZO a la AFP _____ (nombre de AFP) _____ a transferir el Saldo Acumulado en mi Cuenta Personal Previsional del Asegurado que figura en el numeral 2. anterior y a proceder con la emisión de la Declaración de Pensión correspondiente a la que se anexará el presente formulario en señal de firma, y a emitir los pagos correspondientes.

5. El pago de mi pensión deberá efectuarse en: (Marcar el inciso a) o b) y una sola opción al interior del inciso elegido)

- a. Bolivia mediante: ☐
- Apoderado: ☐
- Abono en cuenta: ☐
- N° de Cuenta: _____
- Nombre de Entidad Bancaria: _____
- Dirección de Entidad Bancaria: _____

b. _____ (País donde reside el Asegurado) _____ mediante: ☐

Cheque: ☐

Transferencia Bancaria: ☐

BIC / SWIFF:

IBAN:

CCC / Cuenta Corriente o de Ahorro:

N° de Entidad:

N° de Agencia:

Control o Código Verificador:

N° de Cuenta:

Nombre de Entidad Bancaria:

Dirección de Entidad Bancaria:

Firma del Asegurado

Nombre y firma de Testigo

ANEXO 5

IBERO - INTEGRADO

CONVENIO MULTILATERAL IBEROAMERICANO DE SEGURIDAD SOCIAL
CONVENÇÃO MULTILATERAL IBERO-AMERICANA DE SEGURANÇA SOCIAL
FORMULARIO DE ENLACE / FORMULÁRIO DE LIGAÇÃO

Artículos 19, 20 y 21 del Acuerdo de Aplicación/ Artigos 19, 20 e 21 do Acordo de Aplicação

1. ORGANISMO DE ENLACE O INSTITUCIÓN COMPETENTE QUE TRAMITA EL PROCEDIMIENTO
ORGANISMO DE LIGAÇÃO OU INSTITUIÇÃO COMPETENTE QUE EFECTUA A TRAMITAÇÃO DO PEDIDO

Nombre del Organismo/
Nome do Organismo
Dirección/
Endereço
Localidad/ País/
Localidade País
Número de expediente o referencia/
Nenhum registro ou referência

2. ORGANISMOS DE ENLACE O INSTITUCIONES COMPETENTES DESTINATARIAS
ORGANISMOS DE LIGAÇÃO OU INSTITUIÇÕES COMPETENTES DESTINATARIAS

País/País	Nombre del Organismo/Nome do Organismo	Dirección/Endereço

3. SOLICITUD PRESENTADA POR EL INTERESADO
SOLICITAÇÃO APRESENTADO PELO INTERESSADO

☐ Jubilación/Velhice ☐ Incapacidad/Invalidez ☐ Supervivencia/Pensão por morte
☐ Certificación de períodos de seguro/Certificação dos períodos de seguro
Fecha de la solicitud/ ata do requerimento / /

4. DATOS DEL TRABAJADOR ASEGURADO / DADOS DO TRABALHADOR SEGURADO

4.1. Apellido (s)/Sobrenome (s) ⁽¹⁾	
Apellidos de soltera/Sobrenome de solteira ⁽²⁾	
Nombre (s)/Nome (s)	
4.2. Fecha de nacimiento/Data de nascimento	 / /
4.3. N° Documento de identificación en la institución competente/ N° Documento de identificação na instituição competente	
4.4. N° de Seguridad Social en la institución competente/ N° Segurança Social na instituição competente ⁽³⁾	
4.5. N° Documento de identificación en la institución destinataria/ N° Documento de identificação na Instituições destinatária ⁽⁴⁾	
4.6. N° de Seguridad Social en la institución destinataria/ N° Segurança Social na instituição destinatária ⁽³⁾	

5. DATOS DEL SOLICITANTE (COMPLETAR EXCLUSIVAMENTE EN CASO DE PENSIONES DE SUPERVIVENCIA)
DADOS DO SOLICITANTE (COMPLETAR EXCLUSIVAMENTE EM CASO DE PENSÕES POR MORTE)

5.1. Apellido (s)/Sobrenome (s) ⁽¹⁾	
--	--

Apellidos de soltera/Sobrenome de solteira ⁽²⁾	
Nombre (s)/Nome (s)	
5.2. Fecha de nacimiento/Data de nascimento	 / /
5.3. N° Documento de identificación en la institución competente/ N° Documento de identificação na instituição competente	
5.4. N° Documento de identificación en la institución destinataria/ N° Documento de identificação na Instituições destinatária ⁽⁴⁾	

6. DATOS DEL ASEGURADO / DADOS DO SEGURADO

6.1. Apellido (s)/Sobrenome (s) ⁽¹⁾			
Apellidos de soltera/Sobrenome de solteira ⁽²⁾			
Nombre (s)/Nome (s)			
6.2. Nombre(s) del padre/Nome (s) do pai			
6.3. Nombre(s) de la madre/Nome (s) da mãe			
6.4. Fecha de nacimiento/Data de nascimento	 / /		
6.5. Sexo/Sexo	☐ Masculino/Masculino ☐ Femenino/Feminino		
6.6. Lugar de nacimiento/Local de nascimento			
6.7. País de nacimiento/País de nascimento			
6.8. Nacionalidad/Nacionalidade			
6.9. Profesión o actividad/Profissão ou atividade			
6.10. Fecha en que ha dejado o dejará de trabajar y/o cotizar Data em que você deixou ou parou de trabalhar e/ou citação ⁽⁹⁾	 / / ☐ El asegurado sigue trabajando y/o cotizando/ O interessado continua trabalhando e/ou citação		
6.11. Estado civil/Estado civil	☐ Soltero/Solteiro ☐ Casado/Casado ☐ Viudo/Viúvo ☐ Divorciado/Divorciado ☐ Separado/Separado ☐ Unión de hecho/União estável ☐ Concubinato/ Concubinato		
6.12. Fecha de fallecimiento/Data da morte	 / /		
6.13. País de fallecimiento/País da morte			
6.14. Causa del fallecimiento/Causa da morte	☐ Accidente de trabajo/ Acidente no trabalho ☐ Enfermedad profesional/ Doença ocupacional ☐ Accidente no laboral/ Acidente não profissional ☐ Enfermedad común/ Doença comum		
6.15. Dirección/Endereço	Calle/Rua N° Piso/Depto Localidad/Localidade C.P./CEP Provincia/Estado/Departamento /Región País/País N° de teléfono/Telefone Correo electrónico/E-mail		
6.16. ¿Cobra otras prestaciones de otros regímenes de la seguridad social? Você recebe outros benefícios de outros esquemas de previdência social?	No/Não ☐ Sí/Se ☐		
Tipo de prestación/ Tipo de benefício	La cobra/ A carga	Organismo que la abona/Organismo pagador Especifique país/Especificar o país ⁽⁶⁾	Cuantía mensual/ Montante mensal
Vejez/Velhice	☐		
Incapacidad permanente/Incapacidade permanente	☐		
Viudedad/Viuvez	☐		

Orfandad/Orfandade	☐			
Desempleo/Desemprego	☐			
Otra/Otros	☐			

7. A CUMPLIMENTAR ÚNICAMENTE EN EL SUPUESTO DE SOLICITUD DE PENSIÓN DE INCAPACIDAD / PARA SER CUMPRIDO SOMENTE NO CASO DA APLICAÇÃO DE PENSÃO DE DISCAPACIDADE

7.1. ORIGEN DE LA INCAPACIDAD/ORIGEM DA DISCAPACIDADE

☐ Accidente de trabajo/Acidente no trabalho	☐ Enfermedad profesional/Doença ocupacional
☐ Accidente no laboral/Acidente não profissional	☐ Enfermedad común/Doença comum

8. PERIODOS DE SEGURO, DE COTIZACIÓN O DE EMPLEO ALEGADOS POR EL SOLICITANTE / PERIODOS DE SEGURO DE CONTRIBUIÇÃO OU DE EMPREGO INDICADOS PELO SOLICITANTE

Periodos de seguro, cotización o empleo/Período de seguro, de contribuição ou de emprego			País/País	Régimen de contribución o actividad / Regime de contribuição ou atividade
Desde/Inicio	Hasta/Até	Nombre de Empresa y domicilio/ Nome e endereço da empresa ⁽⁷⁾		

9. DATOS DEL SOLICITANTE (COMPLETAR EXCLUSIVAMENTE EN CASO DE PENSIONES POR SUPERVIVENCIA) / DADOS DO SOLICITANTE /COMPLETAR EXCLUSIVAMENTE EM CASO DE PENSÕES POR MORTE)

9.1. Apellido (s)/Sobrenome (s) ⁽¹⁾	
Apellidos de soltera/Sobrenome de solteira ⁽²⁾	
Nombre (s)/Nome (s)	
9.2. Nombre(s) del padre/Nome (s) do pai	
9.3. Nombre(s) de la madre/Nome (s) da mãe	
9.4. Fecha de nacimiento/Data de nascimento	 / /
9.5. Sexo/Sexo	☐ Masculino/Masculino ☐ Femenino/Feminino
9.6. Lugar de nacimiento/Local de nascimento	
9.7. País de nacimiento/País de nascimento	
9.8. Nacionalidad /Nacionalidade	
9.9. Estado civil/Estado civil	☐ Soltero/Solteiro ☐ Viudo/Viúvo ☐ Separado/Separado ☐ Concubinato/ Concubinato ☐ Casado/Casado ☐ Divorciado/Divorciado ☐ Unión de hecho/União estável
9.10. Parentesco con el asegurado/ Parentesco como asegurado	
9.11. Fecha de matrimonio/Data do casamento	 / /
9.12. Fecha del divorcio o de separación/ Data de divórcio ou separação	 / /
9.13. Fecha de nuevas nupcias/ Data do novo casamento	 / /
9.14. Fecha de inscripción como pareja de hecho/ Data de inscrição como parceiro ⁽⁹⁾	 / /

9.15. Ingresos anuales percibidos por el solicitante en los últimos 12 meses/<i>Rendimento anual recebido pelo candidato nos últimos 12 meses</i>	
9.16. Dirección/<i>Endereço</i> Calle/Rua N° Piso/Depto Localidad/Localidade C.P./CEP Provincia/Estado/Departamento /Región País/<i>País</i> N° de teléfono/<i>Telefone</i> Correo electrónico/<i>E-mail</i>	
9.17. Otras informaciones/ <i>Outras Informações</i> ⁽⁹⁾ 	

10. DATOS RELATIVOS A LOS FAMILIARES DEL ASEGURADO / DADOS RELATIVOS AOS MEMBROS DA FAMÍLIADO ASEGURADO

1° Apellido (s)/<i>Sobrenome</i> (s) Nombre (s)/<i>Nome</i> (s) Sexo/<i>Sexo</i> Hombre/<i>Homem</i> ☐ Mujer/<i>Mulher</i> ☐ Vínculo de parentesco/<i>Relação de família</i> Fecha de nacimiento/<i>Data de nascimento</i> / / ¿Está incapacitado para el trabajo? / <i>Esta incapacitado para o trabalho?</i> ☐ <i>Sí/Se</i> ☐ <i>No/Não</i> ¿Trabaja? / <i>Trabalha?</i> ☐ <i>Sí/Se</i> ☐ <i>No/Não</i> Ingresos anuales/<i>Renda anual</i> ¿Convive con el solicitante? / <i>Viver com o solicitante?</i> ☐ <i>Sí/Se</i> ☐ <i>No/Não</i> ¿Solicita pensión? / <i>Solicita uma pensão?</i> ☐ <i>Sí/Se</i> ☐ <i>No/Não</i> Dirección / <i>Endereço</i> ⁽¹⁰⁾
2° Apellido (s)/<i>Sobrenome</i> (s) Nombre (s)/ <i>Nome</i> (s) Sexo/<i>Sexo</i> Hombre/<i>Homem</i> ☐ Mujer/<i>Mulher</i> ☐ Vínculo de parentesco/<i>Relação de família</i> Fecha de nacimiento/<i>Data de nascimento</i> / / ¿Está incapacitado para el trabajo? / <i>Esta incapacitado para o trabalho?</i> ☐ <i>Sí/Se</i> ☐ <i>No/Não</i> ¿Trabaja? / <i>Trabalha?</i> ☐ <i>Sí/Se</i> ☐ <i>No/Não</i> Ingresos anuales/<i>Renda anual</i> ¿Convive con el solicitante? / <i>Viver com o solicitante?</i> ☐ <i>Sí/Se</i> ☐ <i>No/Não</i> ¿Solicita pensión? / <i>Solicita uma pensão?</i> ☐ <i>Sí/Se</i> ☐ <i>No/Não</i> Dirección / <i>Endereço</i> ⁽¹⁰⁾
3° Apellido (s)/ <i>Sobrenome</i> (s) Nombre (s)/<i>Nome</i> (s) Sexo/<i>Sexo</i> Hombre/<i>Homem</i> ☐ Mujer/<i>Mulher</i> ☐ Vínculo de parentesco/<i>Relação de família</i> Fecha de nacimiento/<i>Data de nascimento</i> / / ¿Está incapacitado para el trabajo? / <i>Esta incapacitado para o trabalho?</i> ☐ <i>Sí/Se</i> ☐ <i>No/ Não</i> ¿Trabaja? / <i>Trabalha?</i> ☐ <i>Sí/Se</i> ☐ <i>No/Não</i> Ingresos anuales/<i>Renda anual</i> ¿Convive con el solicitante? / <i>Viver com o solicitante?</i> ☐ <i>Sí/Se</i> ☐ <i>No/Não</i> ¿Solicita pensión? / <i>Solicita uma pensão?</i> ☐ <i>Sí/Se</i> ☐ <i>No/Não</i> Dirección / <i>Endereço</i> ⁽¹⁰⁾

4° Apellido (s)/Sobrenome (s)
Nombre (s)/Nome (s)
Sexo/Sexo Hombre/ Homem ☐ Mujer/ Mulher ☐
Vínculo de parentesco/o *Relação de família*
Fecha de nacimiento/Data de nascimento / /
¿Está incapacitado para el trabajo? / *Está incapacitado para o trabalho?* ☐ Sí/Se ☐ No/Não
¿Trabaja? / *Trabalha?* ☐ Sí/Se ☐ No/Não Ingresos anuales/ *Renda anual*
¿Convive con el solicitante? / *Viver com o solicitante?* ☐ Sí/Se ☐ No/Não
¿Solicita pensión? / *Solicita uma pensão?* ☐ Sí/Se ☐ No/Não
Dirección / *Endereço* ⁽¹⁰⁾

5° Apellido (s)/Sobrenome (s)
Nombre (s)/Nome (s)
Sexo/Sexo Hombre/ Homem ☐ Mujer/ Mulher ☐
Vínculo de parentesco/o *Relação de família*
Fecha de nacimiento/Data de nascimento / /
¿Está incapacitado para el trabajo? / *Esta incapacitado para o trabalho?* ☐ Sí/Se ☐ No/Não
¿Trabaja? / *Trabalha?* ☐ Sí/Se ☐ No/Não Ingresos anuales/*Renda anual*
¿Convive con el solicitante? / *Viver com o solicitante?* ☐ Sí/Se ☐ No/Não
¿Solicita pensión? / *Solicita uma pensão?* ☐ Sí/Se ☐ No/Não
Dirección / *Endereço* ⁽¹⁰⁾

11. DATOS DEL APODERADO O REPRESENTANTE LEGAL
DADOS DO PROCURADOR OU REPRESENTANTE LEGAL ⁽¹¹⁾

11.1. Apellido (s)/Sobrenome (s)	
Nombre (s)/Nome (s)	
11.2. Dirección/Endereço	
Calle/Rua	N° Piso/Depto
Localidad/Localidade	C.P./CEP
Provincia/Estado/Departamento /Región	
País/País	
N° de teléfono/Telefone	Correo electrónico/E-mail

12. FORMA DE PAGO DE LA PENSIÓN / FORMA DE PAGAMENTO DA BENEFICIO

País/País
Titular de la cuenta/Titular da conta
Forma de pago deseada/Forma de pagamento desejada ⁽¹²⁾ Cheque nominal/ *cheque nominal* Transferencia bancaria/ *Transferência bancária*
BIC/SWIFF: IBAN:
CCC/ CUENTA CORRIENTE O DE AHORRO/POUPANÇA

	N° de la entidad/N° de entidade
	N° de la agencia/N° da agencia
	Control/Digito verificador
	N° de cuenta/N° conta

Nombre de la entidad bancaria/Nome da entidade bancária
Dirección/Endereço

13. APLAZAMIENTO DEL DERECHO A PENSIÓN DE VEJEZ O JUBILACIÓN (Artículo 16.5 del Acuerdo de Aplicación) / ADIAMENTO DA PENSÃO DE DIREITO À APOSENTADOIRA (Artigo 16.5 do Acordo de Aplicação)

- 13.1. ¿Aplaza la solicitud en otro(s) Estado(s) Parte? ☐ Sí/Sim ☐ No/Não
 ¿Adia a solicitação em outro(s) Estado(s) Parte?
 13.2. En caso afirmativo, indique en cuál o cuáles
 Se é assim, indique em qual ou quais

**14. CERTIFICACIÓN DE PERIODOS DE SEGURO, DE COTIZACIÓN O DE EMPLEO CUMPLIDOS BAJO LA LEGISLACIÓN DE LA INSTITUCIÓN QUE TRAMITA EL PROCEDIMIENTO
 CERTIFICAÇÃO DE PERÍODOS DE SEGURO, DE CONTRIBUIÇÃO OU DE EMPREGO EFETUADOS AO ABRIGO DA LEGISLAÇÃO DA INSTITUIÇÃO QUE TRAMITA O PROCEDIMENTO**

14.1.

Periodos de seguro, cotización o empleo/Período de seguro, de contribuição ou de emprego		Régimen de contribución o actividad/Regime de contribuição ou atividade	Periodo voluntario, obligatorio, asimilado/Período voluntário, obrigatório, assimilado	Observaciones/ Observações
Desde/Inicio	Hasta/Até			

TOTAL COTIZADOS: Años/Año Meses/Mês Días/Día

- 14.2. ☐ No tiene periodos de seguro computables para totalización/Não tem períodos de seguros computativos para a totalização
 14.3. La persona asegurada que acredite un período de seguro inferior a un año / Pessoa segurada que acredita um período de seguro inferior a um ano
☐ podrá beneficiarse/você pode beneficiar ☐ no podrá beneficiarse/você não pode beneficiar
 de una pensión en virtud de la legislación nacional (artículo 14 del Convenio) / de pensão na legislação nacional (artigo 14 do Convenção)

Sello/Carimbo

Fecha / Data...../...../.....

Firma Assinatura

**15. PRESTACIONES A CARGO DE LA INSTITUCIÓN QUE TRAMITA EL PROCEDIMIENTO
 PRESTAÇÕES A CARGO DA INSTITUIÇÃO QUE EFECTUA A TRAMITAÇÃO DO PEDIDO**

- 15.1. ☐ Por totalización/Por totalização ☐ Sin totalización/Sem totalização
 En caso de liquidación por totalización, número total de días tenidos en cuenta/.....
 Em caso de liquidação por totalização, número total de dias tomados em consideração
 Coeficiente prorrateal/Coeficiente proporcional

15.2. Tipo de prestación reconocida/ Tipo da prestação reconhecido	
15.3. Cuantía mensual/ Montante mensal	
15.4. Moneda/ Moeda	
15.5. N° de pagas anuales/ N° de pagamentos anuais	
15.6. Fecha de inicio/ Data de inicio	/...../.....

15.7. Sin derecho a prestación por el siguiente motivo

ORGANISMO DE ENLACE O INSTITUCIÓN COMPETENTE QUE TRAMITA EL PROCEDIMIENTO

ORGANISMO DE LIGAÇÃO OU INSTITUIÇÃO COMPETENTE QUE EFECTUA A TRAMITAÇÃO DO PEDIDO

Denominación /
Denominação

Dirección /
Endereço

Localidad / País /
Localidade País

Teléfono / Correo electrónico /
Telefone E-mail

Fecha / Data...../...../.....

Sello/Carimbo

Firma Assinatura

**16. CERTIFICACIÓN DE PERIODOS DE SEGURO, DE COTIZACIÓN O DE EMPLEO CUMPLIDOS BAJO LA LEGISLACIÓN DE LA INSTITUCIÓN COMPETENTE DEL ESTADO PARTE DESTINATARIO. PAIS.....
CERTIFICAÇÃO DE PERIODOS DE SEGURO, DE COTRIBUIÇÃO OU DE EMPREGO EFETUADOS AO ABRIGO DA LEGISLAÇÃO DA INSTITUIÇÃO COMPETENTE DO ESTADO PARTE DESTINATÁRIO. PAIS.....**

16.1.

Períodos de seguro, cotización o empleo/Período de seguro, de contribuição ou de emprego		Régimen de contribución o actividad/Regime de contribuição ou atividade	Periodo voluntario, obligatorio, asimilado/Período voluntário, obrigatório, assimilado	Observaciones/ Observações
Desde/Inicio	Hasta/Até			
TOTAL COTIZADOS: Años/Ano Meses/Mês Días/Día				

16.2. ☐ No tiene periodos de seguro computables para totalización/Não tem períodos de seguros computativos para a totalização

16.3. La persona asegurada que acredite un período de seguro inferior a un año / Pessoa segurada que acredita um período de seguro inferior a um ano

☐ podrá beneficiarse/você pode beneficiar ☐ no podrá beneficiarse/você não pode beneficiar

de una pensión en virtud de la legislación nacional (artículo 14 del Convenio) / de pensão na legislação nacional (artigo 14 do Convenção)

Fecha / Data...../...../.....

Sello/Carimbo

Firma Assinatura

**17. PRESTACIONES A CARGO DE LA INSTITUCIÓN COMPETENTE DEL ESTADO PARTE DESTINATARIO
PRESTAÇÕES A CARGO DA INSTITUIÇÃO COMPETENTE DO ESTADO PARTE DESTINATÁRIO**

17.1.

☐ Por totalización/Por totalização ☐ Sin totalización/Sem totalização

En caso de liquidación por totalización, número total de días tenidos en cuenta/.....

Em caso de liquidação por totalização, número total de dias tomados em consideração

Coeficiente prorrata/Coeficiente proporcional

17.2. Tipo de prestación reconocida/ <i>Tipo da prestação reconhecido</i>	
17.3. Cuantía mensual/ Montante mensal	
17.4. Moneda/ <i>Moeda</i>	
17.5. N° de pagas anuales/ <i>N° de pagamentos anuais</i>	
17.6. Fecha de inicio/ <i>Data de inicio</i>	/...../.....
17.7. Sin derecho a prestación por el siguiente motivo ORGANISMO DE ENLACE O INSTITUCIÓN COMPETENTE DEL ESTADO PARTE DESTINATARIO ORGANISMO DE LIGAÇÃO OU INSTITUIÇÃO COMPETENTE DO ESTADO PARTE DESTINATARIO Denominación / Denominação Dirección / Endereço Localidad / País/ Localidade País Teléfono / Correo electrónico/ Telefone E-mail Fecha / Data...../...../..... Sello/Carimbo Firma Assinatura	

INSTRUCCIONES / INSTRUÇÕES

- (1) Para Bolivia y Chile, apellido de casada cuando corresponda/
Para o Bolívia e Chile, sobrenome de casada, se aplicável
- (2) Para Bolivia, Chile y España indicar apellido paterno y materno/
Para o Bolívia, Chile e Espanha, sobrenome do pai e da mãe
- (3) Para Chile y Uruguay, no procede completar/
Para o Chile e Uruguay, não completar
Para Brasil, se debe informar del Número de identificación del trabajador NIT/
Para o Brasil deverá ser informado nesse campo o Número de identificação do trabalhador – NIT
- (4) Para Brasil, se debe informar en este campo el número de registro de persona física-CPF y del Documento de identidad. En el Documento de identidad informar número, fecha de expedición, organismo emisor y Estado/
Para o Brasil, o número de registo da pessoa singular-CPF e do Documento de identidade deve ser introduzido neste campo. No Cartão de identidade, fornecer o número, a data de emissão, o organismo emissor e o Estado

Para Bolivia, informar número de identificación, N° de afiliación, dirección en Bolivia y número de cédula de identidad/
Para a Bolívia, fornecer número de identificação, número de filiação, endereço na Bolívia e número do bilhete de identidade

Para Chile, informar el número de la cédula de identidad chilena o RUT del trabajador/
Para o Chile informe o número do bilhete de identidade chileno ou Rut ou RUN do trabalhador

Para Ecuador, informar el número de cédula de ciudadanía/
Para o Equador, informe o número do cartão de cidadania

Para Argentina, informar de la fecha de ingreso al país y de los documentos identificativos/
Para a Argentina, fornecer a data de entrada e os documentos de identificação

Para Paraguay informar del número de cédula de identidad/
Para o Paraguai informar o número do bilhete de identidade

Para Uruguay informar del número de cédula de identidad/
Para o Uruguai, informar o número do bilhete de identidade

Para el Salvador informar del número único de identidad/
Para El Salvador, informar o número de identidade único
- (5) Necesaria su cumplimentación para España, Portugal y Uruguay/
A conclusão é necessária para Espanha, Portugal e Uruguai
- (6) Aportar informaciones complementarias que puedan facilitar la tramitación (dirección del país de origen, otros documentos de identidad o afiliación) /
Fornecer informações adicionais que possam facilitar o processamento (endereço no país de origem, outros documentos de identidade ou filiação)

Para Brasil, debe rellenarse el anexo/
Para o Brasil, por favor preencha o anexo
- (7) Acompañar todos los datos y documentos que se tengan de interés, incluyendo domicilios de las empresas si se conocen/
Acompanhar todos os dados e documentos de interesse, incluindo endereços companhia se conhecido
- (8) Para Brasil debe adjuntarse los documentos que acrediten la unión estable/
Para o Brasil, a prova de união estável deve ser anexada

Para Bolivia, informar número de identificación, N° de afiliación y dirección de Bolivia.
Para Bolívia, informar o número de identificação, nº inscrição e endereço na Bolívia
- (9) Para Brasil, en el apartado "otras informaciones" se debe informar del número de registro de personas físicas-CPF/
Para Brasil, no "outras informações" deverá ser informado também o número do cadastro de pessoas físicas-CPF

Para Bolivia, informar número de identificación, N° de afiliación y dirección de Bolivia.
Para Bolívia, informar o número de identificação, N° inscrição e endereço na Bolívia
- (10) Cumplimentar en caso de que el hijo resida en un domicilio diferente/
Preencha se a filho reside em um endereço diferente
- (11) Adjuntar documento de apoderamiento/
Anexar documento de procuração
- (12) Para Brasil, sólo se puede pagar por transferencia bancaria/
Para o Brasil, o pagamento só pode ser feito por transferência bancária

ANEXO 6

IBERO - FIRMA

**SOLICITUD DE PRESTACIONES DEL CONVENIO MULTILATERAL
IBEROAMERICANO DE SEGURIDAD SOCIAL
PEDIDO DE PRESTAÇÕES AO ABRIGO DA CONVENÇÃO MULTILATERAL
IBEROAMERICANA DE SEGURANÇA SOCIAL**

Por la presente solicito toda prestación que se me pudiera abonar conforme a lo previsto en el artículo 13 del Acuerdo de Aplicación del Convenio Multilateral Iberoamericano de Seguridad Social, de 11 de septiembre de 2009, que regula el derecho a las prestaciones.

Solicito todas as prestações que me possam ser devidas em conformidade com as disposições do Artigo 13 do Acordo sobre Aplicação do Acordo Multilateral Ibero-Americano de Segurança Social de 11 de setembro de 2009, que regula o direito às prestações.

☐ Jubilación/Velhice

☐ Incapacidad/Invalidez

☐ Supervivencia/Pensão por morte

Apellidos y nombre del causante /
Apelido e nome próprio do falecido

Documento identificativo del causante /
Documento de identificação da pessoa falecida

Documento identificativo del país en que se presenta la solicitud /
Documento de identidade do país em que o pedido está a ser apresentado

Dirección /
Direção

Firma /
Assinatura

Fecha /
Data

País o países por el que se solicita la pensión /
País ou países para os quais a pensão é solicitada

IBERO - FIRMA

EL SOLICITANTE

CERTIFICA que los datos contenidos en esta solicitud son verdaderos, completos y de su conocimiento /
CERTIFICA que os dados contidos desta solicitação são verdadeiros, completos e de seu conhecimento.

AUTORIZA a la Institución Competente u Organismo de Enlace del Estado donde presenta la solicitud a proporcionar a las Instituciones Competentes de los Estados donde alega períodos de seguro toda la información y los documentos relacionados con esta solicitud /

AUTORIZA o Instituição Competente ou Organismo de Ligação do Estado a que se apresenta a solicitação a fornecer às Instituições Competentes dos Estados onde alega períodos de seguro todas as informações e documentos que se relacionam a esta solicitação.

DECLARA conocer su obligación de comunicar inmediatamente a la Institución Competente u Organismo de Enlace cualquier variación de su situación personal o familiar (fallecimiento o emancipación de las personas dependientes) que tenga efectos sobre la pensión reconocida, aportando la documentación que corresponda. En caso de incumplimiento podría incurrir en infracción sancionable y en la obligación de reintegrar las cantidades percibidas indebidamente, de acuerdo con la legislación del Estado competente/

DECLARA a sua obrigação de informar imediatamente a Instituição Competente ou Organismo de Ligação qualquer alteração da sua situação pessoal ou familiar (morte ou emancipação de dependentes) reconheceram efeitos a bordo, fornecendo a documentação apropriada. O não cumprimento poderá incorrer em crime punível ea obrigação de reembolsar montantes devidos, de acordo com a legislação do Estado competente.

Firma del solicitante / Assinatura do solicitante

ANEXO 7

IBERO-3

CERTIFICADO DE DESPLAZAMIENTO TEMPORAL
CERTIFICADO DE DESLOCAMENTO TEMPORÁRIO

Trabajadores que ejercen una actividad por cuenta ajena o dependiente
Trabalhadores que exercem uma atividade por conta de outrem ou dependente

Aplicación del apartado a) del artículo 10 del Convenio y 7 del Acuerdo
Aplicação da alínea a) do artigo 10 do Convenção e 7 do Acordo

A cumplimentar por la empresa / A completar pelo empregador

I. Datos identificativos del trabajador / Dados de identificação do trabalhador

Apellido(s) / Sobrenome(s) (1)		Apellido de soltera / Sobrenome de solteira (2)		Nombre(s) / Nome(s)	
Nombre(s) del padre / Nome(s) do pai			Nombre(s) de la madre / Nome(s) da mãe		
Fecha de nacimiento / Data do nascimento ____/____/____		Sexo ☐ M ☐ F	Lugar de nacimiento / Local de nascimento		
Estado/Provincia/Departamento/Región		País		Nacionalidad / Nacionalidade	
Documento de identificación / Documento de identificação	Tipo	Número	Fecha de expedición / Data de expedição	País de expedición / País de expedição	
Nº de afiliación / Inscrição Nº de Seguridad Social / Nº de Inscrição do Trabalhador (3)			Profesión o actividad / Profissão ou atividade		Estado civil (4)
Dirección en el País de Origen / Endereço no País de Origem: Calle / Rua Nº Piso / Depto Localidad / Localidade C.P./CEP Provincia/Estado/Departamento /Región País Nº de teléfono /Telefone Correo electrónico / E-mail					
Otras informaciones / Outras Informações (5):					

II. Datos identificativos de la empresa del País de Origen / Dados de identificação da empresa do País de Origem

Nombre o Razón Social / Nome ou Razão Social:	
Nº de Identificación o Inscripción / Nº de identificação ou Inscrição	Actividad principal / Atividade principal
Dirección / Endereço: Calle / Rua Nº Piso / Depto Localidad / Localidade C.P./CEP Provincia/Estado/Departamento /Región País Nº de teléfono / Telefone Correo electrónico / E-mail	

III. Datos del desplazamiento / Dados do deslocamento

Período de desplazamiento que se solicita / Período de deslocamento solicitado:	
Desde hasta / até	
El trabajador va a ejercer la actividad profesional en la siguiente empresa de destino / O trabalhador vai exercer a atividade profissional na seguinte empresa de destino:	
Nombre o Razón Social / Nome ou Razão Social:	
Nº de identificación o Inscripción / Nº de identificação ou inscrição	Actividad / Atividade principal
Dirección en el País de Origen / Endereço no País de Origem: Calle / Rua Nº Piso / Depto Localidad / Localidade C.P./CEP Provincia/Estado/Departamento /Región País Nº de teléfono / Telefone Correo electrónico / E-mail	

Lugar y fecha en que el empleador del país de origen efectúa la solicitud /
Lugar e data em que o empregador do país de origem efetua a solicitação

Firma del empleador del país de origen /
Assinatura do empregador no país de origem

Sello / Carimbo

A cumplimentar por el Organismo de Enlace o Institución Competente del País de Origen A preencher pelo Organismo de Ligação ou Instituição Competente do País de Origem
--

IV. Organismo de Enlace o Institución Competente del País a cuya Legislación está sometido el trabajador / Organismo de Ligação ou Instituição Competente do País cuja a Legislação está sujeito o trabalhador

CERTIFICADO / CERTIFICAÇÃO

Denominación / Denominação:	
Dirección / Endereço:	
Certifica que el trabajador identificado en el punto I de este formulario queda sometido a la legislación del país de origen, en virtud del apartado a) del artículo 10 del Convenio y 7 del Acuerdo / Certifica que o trabalhador identificado no ponto I deste formulário fica submetido a legislação do país de origem, em virtude do parágrafo a) do artigo 10 Convenio e 7 do Acordo, desde _____ hasta / até _____	
Sello / Carimbo	Lugar y fecha / Lugar e data: _____ Firma / Assinatura _____

País de Origen / País de Origem:

País de Destino / País de Destino:

Instrucciones:

- El formulario deberá cumplimentarse por la empresa, en cuatro ejemplares, en caracteres de imprenta.
- Deberá ser presentado ante el Organismo de Enlace o Institución Competente del Estado, donde la empresa tiene su sede, con 20 días de antelación mínima a la fecha del traslado.
- El Organismo de Enlace o Institución Competente del país asegurador expedirá los formularios a petición de la empresa, remitiendo dos al solicitante y otro al Organismo de Enlace del país de empleo.
- Se entregará una copia del certificado al trabajador. El trabajador conservará esta copia con el objeto de acreditar su situación ante la seguridad social del país de destino.
- Si el traslado se prolonga más allá de los doce meses, la empresa deberá formular una solicitud de prórroga con 20 días de antelación mínima ante la institución competente o, en su caso, el Organismo de Enlace del Estado Parte de Origen, antes de que finalice el primer periodo autorizado.

Instruções:

- O formulário deverá ser preenchido pela empresa, em quatro vias, em letra de forma.
- Deverá ser apresentado perante o Organismo de Ligação ou Instituição Competente do Estado, onde a empresa tem sua sede, com 20 dias de antecedência mínima a data prevista para o deslocamento.
- O Organismo de Ligação ou Instituição Competente do país de filiação do trabalhador expedirá o certificado a pedido da empresa, remetendo duas vias ao solicitante e outra ao Organismo de Ligação do país de emprego.
- Entregar-se-á uma cópia do certificado ao trabalhador. O trabalhador conservará o certificado com objeto de comprovar sua situação em perante a Segurança Social no país de destino.
- Se o deslocamento se prolongar além dos 12 meses inicialmente previstos a empresa deverá formular uma solicitação de prorrogação com pelo menos 20 dias de antecedência junto a instituição Competente ou, se for o caso, no Organismo de Ligação do Estado Parte de origem, antes de que finalize o primeiro período autorizado.

Instrucciones particulares / Instruções particulares:

- (1) Para Bolivia, apellido de casada cuando corresponda/
Para a Bolívia, sobrenome de casada, se aplicável.
- (2) Para Bolivia y Chile, apellido paterno y materno/
Para a Bolívia e Chile, sobrenome do pai e da mãe.
- (3) Para Chile y Uruguay, no procede completar /
Para o Chile e Uruguay, não completar.
- (4) Soltero/Solteiro. Casado/Casado. Viudo/Viúvo. Divorciado/Divorciado. Separado de hecho/ Separado de fato. Unión de hecho/ União Estável. Concubinato/Concubinato
- (5) Para Brasil, en el apartado "otras informaciones" se debe informar el número de registro de Personas Físicas – CPF
Para Brasil, em "outras informações" deverá ser informado também o número do Cadastro de Pessoas Físicas – CPF

ANEXO 8

IBERO-4

CERTIFICADO DE DESPLAZAMIENTO TEMPORAL
CERTIFICADO DE DESLOCAMENTO TEMPORÁRIO

Trabajadores que ejercen una actividad por cuenta propia o no dependiente
Trabalhadores que exercem uma atividade por conta própria ou independente

Aplicación del apartado b) del artículo 10 del Convenio y 8 del Acuerdo
Aplicação da alínea b) do artigo 10 do Convenção e 8 do Acordo

A cumplimentar por el trabajador / A preencher pelo trabalhador

I. Datos identificativos del trabajador / Dados de identificação do trabalhador

Apellido(s) / Sobrenome(s) (1)		Apellido de soltera / Sobrenome de solteira (2)		Nombre(s) / Nome(s)	
Nombre(s) del padre / Nome(s) do pai			Nombre(s) de la madre / Nome(s) da mãe		
Fecha de nacimiento / Data do nascimento ____/____/____		Sexo ☐ M ☐ F	Lugar de nacimiento / Local de nascimento		
Estado/Provincia/Departamento/Región		País		Nacionalidad/ Nacionalidade	
Documento de identificación / Documento de identificação	Tipo	Número	Fecha de expedición / Data de expedição	País de expedición / País de expedição	
Nº de afiliación / Inscrição Nº de Seguridad Social / Nº de Inscrição do Trabalhador (3)			Profesión o actividad / Profissão ou atividade		Estado civil (4)
Dirección en el País de Origen / Endereço no País de Origem: Calle / Rua Nº Piso / Depto Localidad / Localidade C.P./CEP Provincia/Estado/Departamento /Región País Nº de teléfono /Telefone Correo electrónico / E-mail					
Otras informaciones / Outras Informações (5):					

II. Datos de la actividad laboral que desarrolla en el país de origen / Dados da atividade trabalhista que desenvolve no país de origem

El trabajador ejerce la siguiente actividad, no dependiente / O trabalhador exerce a seguinte atividade, independente:

III. Datos del desplazamiento / Dados do deslocamento

Período de desplazamiento que se solicita / Período de deslocamento solicitado:

Desde _____ hasta / até _____

Lugar y fecha de la suscripción de la solicitud por parte del trabajador /

Lugar e data da assinatura da solicitação por parte do trabalhador

Firma del empleador del país de origen /

Assinatura do empregador no país de origem

A cumplimentar por la Autoridad Competente del País de Origen

A preencher pela Autoridade competente do país de origem

IV. Autoridad competente, Institución Competente u Organismo del País a cuya Legislación está sometido el trabajador / Autoridade competente, Instituição Competente ou Organismo de Ligação do país a cuja legislação o trabalhador está sujeito.

CERTIFICADO / CERTIFICAÇÃO

Denominación / Denominação:

Dirección / Endereço:

Certifica que el trabajador identificado en el punto I de este formulario queda sometido a la legislación del país de origen, en virtud del apartado b) del artículo 10 del Convenio y 10 del Convenio y 8 del Acuerdo / Certifica que o trabalhador identificado no ponto I deste formulário fica submetido a legislação do país de origem, em virtude do parágrafo a) do artigo 10 Convenio e 7 do Acordo,

desde _____ hasta / até _____

Lugar y fecha / Lugar e data:

Sello / Carimbo

Firma / Assinatura

País de Origen / País de Origem:

País de Destino / País de Destino:

Instrucciones:

- El formulario deberá cumplimentarse en tres ejemplares en caracteres de imprenta.
- Deberá ser presentado ante el Organismo de Enlace o Institución Competente del Estado Parte de origen, con 20 días de antelación mínima a la fecha prevista del traslado.
- El Organismo de Enlace o Institución Competente del país asegurador expedirá los formularios a petición del trabajador, previo consentimiento de la Autoridad Competente del país de origen, remitiendo uno al solicitante y otro al Organismo de Enlace y a la Institución Competente del país de destino.
- El trabajador conservará el formulario con objeto de acreditar su situación frente a la Seguridad Social en el país de destino.

Instruções:

- O formulário deverá ser preenchido em três vias em letra de forma.
- Deverá ser apresentado perante o Organismo de Ligação ou Instituição Competente do Estado Parte de origem, com 20 dias de antecedência mínima a data prevista do deslocamento.
- O Organismo de Ligação ou Instituição Competente do país assegurador de filiação do trabalhador expedirá o certificado a pedido do trabalhador, com o consentimento da autoridade competente do país de origem, remetendo uma ao solicitante e outro a Organismo de Ligação ou Instituição Competente do país de destino.
- O trabalhador conservará o certificado com o objeto de comprovar sua situação em perante a Segurança Social no país de destino.

Instrucciones particulares / Instruções particulares:

- (1) Para Bolivia, apellido de casada cuando corresponda /
Para a Bolívia, sobrenome de casada, se aplicável
- (2) Para Bolivia y Chile, apellido paterno y materno /
Para a Bolívia e Chile, sobrenome do pai e da mãe
- (3) Para Chile y Uruguay, no procede completar /
Para o Chile e Uruguay, não completar
- (4) Soltero/Solteiro. Casado/Casado. Viudo/Viúvo. Divorciado/Divorciado. Separado de hecho/Separado de fato. Unión de hecho/União Estável. Concubinato/Concubinato
- (5) Para Brasil, en el apartado "otras informaciones" se debe informar el número de registro de Personas Físicas – CPF
Para Brasil, em "outras informações" deverá ser informado também o número do Cadastro de Pessoas Físicas – CPF

ANEXO 9

IBERO-5

CERTIFICADO DE PRÓRROGA DE DESPLAZAMIENTO TEMPORAL
CERTIFICADO DA PRORROGAÇÃO DO DESLOCAMENTO TEMPORÁRIO

Trabajadores que ejercen una actividad por cuenta ajena o dependiente
Trabalhadores que exercem uma atividade por conta de outrem ou dependente

Aplicación del apartado a) del artículo 10 del Convenio y 7 del Acuerdo
Aplicação da alínea a) do artigo 10 do Convenção e 7 do Acordo

A cumplimentar por la empresa / A preencher pela empresa

I. Datos identificativos del trabajador / Dados de identificação do trabalhador

Apellido(s) / Sobrenome(s) (1)		Apellido de soltera / Sobrenome de solteira (2)		Nombre(s) / Nome(s)	
Nombre(s) del padre / Nome(s) do pai			Nombre(s) de la madre / Nome(s) da mãe		
Fecha de nacimiento / Data do nascimento ____/____/____		Sexo ☐ M ☐ F	Lugar de nacimiento / Local de nascimento		
Estado/Provincia/Departamento/Región		País		Nacionalidad/ Nacionalidade	
Documento de identificación / Documento de identificação	Tipo	Número	Fecha de expedición / Data de expedição	País de expedición / País de expedição	
Nº de afiliación / Inscrição Nº de Seguridad Social / Nº de Inscrição do Trabalhador (3)			Profesión o actividad / Profissão ou atividade		Estado civil (4)
Dirección en el País de Origen / Endereço no País de Origen:					
Calle / Rua Nº Piso / Depto					
Localidad / Localidade C.P./CEP					
Provincia/Estado/Departamento /Región					
País					
Nº de teléfono / Telefone Correo electrónico / E-mail					
Otras informaciones / Outras Informações (5):					

II. Datos identificativos de la empresa del País de Origen / Dados de identificação da empresa do País de Origen

Nombre o Razón Social / Nome ou Razão Social:	
Nº de Identificación o Inscripción / CNPJ	Actividad principal / Atividade principal
Dirección / Endereço:	
Calle / Rua Nº Piso / Depto	
Localidad / Localidade C.P./CEP	
Provincia/Estado/Departamento /Región	
País	
Nº de teléfono / Telefone Correo electrónico / E-mail	

III. Datos de la prórroga / Dados da prorrogação

El trabajador citado en el punto I fue desplazado a la empresa que se indica a continuación, según el certificado emitido el _____, para el periodo comprendido entre el _____, y el _____ / O trabalhador citado no ponto I foi deslocado para a empresa indicada abaixo, segundo certificado emitido em _____, para o período compreendido entre _____ e _____. Por lo tanto, se solicita la prórroga de la sujeción del mismo a la legislación del Estado Parte de origen por el periodo comprendido entre el _____ y el _____ / Por tanto se solicita a prorrogação da sujeição do mesmo à legislação do Estado Parte de origem, pelo período compreendido entre _____ e _____.	
Empresa de destino / Empresa de destino:	
Nombre o Razón Social / Nome ou Razão Social	
Nº de identificación o Inscripción / CNPJ	Actividad / Atividade principal
Dirección en el País de Origen / Endereço no País de Origen:	
Calle / Rua Nº Piso / Depto	
Localidad / Localidade C.P./CEP	
Provincia/Estado/Departamento /Región	
País	
Nº de teléfono / Telefone Correo electrónico / E-mail	

Lugar y fecha en que el empleador del país de origen efectúa la solicitud /
Lugar e data em que o empregador do país de origem efetua a solicitação

Firma del empleador del país de origen /
Assinatura do empregador no país de origem

Sello y firma / Carimbo e assinatura

A cumplimentar por el Organismo de Enlace o Institución Competente del País de Origen A preencher pelo Organismo de Ligação ou Instituição Competente do País de Origen
--

IV. Institución Competente del Estado Parte de origen / Instituição Competente do Estado Parte de origem

Solicitud de Prórroga / Solicitação de prorrogação

Denominación / Denominação:	
Dirección / Endereço:	
Solicita que el trabajador citado continúe sujeto a su legislación, durante la prórroga del desplazamiento, por el periodo desde _____ hasta _____. Solicita que o trabalhador citado continue sujeito a sua legislação, durante a prorrogação do deslocamento, pelo período desde _____ até _____.	
Sello / Carimbo	Lugar y fecha / Lugar e data: _____ Firma / Assinatura _____

País de Origen / País de Origem:

País de Destino / País de Destino:

A cumplimentar por el Organismo de Enlace o Institución Competente del País de Origen A preencher pelo Organismo de Ligação ou Instituição Competente do País de Origem
--

V. Autoridad Competente u Organismo de Enlace / Autoridade Competente ou Organismo de Ligação

Denominación / Denominação:	
Dirección / Endereço:	
Declara: ☐ Estar de acuerdo / Estar de acordo Y autoriza a que el trabajador citado siga sujeto a la legislación de la Seguridad Social de _____ durante el periodo desde _____ hasta _____ E autoriza a que o trabalhador anteriormente citado continue sujeito a legislação de Segurança Social de _____ durante o período desde _____ até _____ ☐ No estar de acuerdo / Não estar de acordo Sello / Carimbo Lugar y fecha / Lugar e data: Firma / Assinatura	

País de Origen / País de Origem:

País de Destino / País de Destino:

VI. **Organismo de Enlace o Institución Competente del País a cuya Legislación está sometido el trabajador / Organismo de Ligação ou Instituição Competente do País cuja a Legislação esta sujeito o trabalhador**

CERTIFICADO / CERTIFICAÇÃO

Denominación / Denominação	
Dirección / Endereço	
Certifica que el trabajador identificado en el punto I de este formulario sigue sometido a la legislación del país de origen, en virtud del apartado b) del artículo 10 del Convenio y 7 del Acuerdo / Certifica que o trabalhador identificado no ponto I deste formulário fica submetido a legislação do país de origem, em virtude do parágrafo b) do artigo 10 Convenio e 7 do Acordo, desde _____ hasta / até _____	
Sello / Carimbo	Lugar y fecha / Lugar e data: _____
	Firma / Assinatura _____

País de Origen / País de Origem:

País de Destino / País de Destino:

Instrucciones:

- El formulario deberá cumplimentarse por la empresa, en cuatro ejemplares, en caracteres de imprenta, y se anexará copia del certificado de desplazamiento inicial.
- Deberá ser presentado ante el Organismo de Enlace o Institución Competente del Estado Parte, donde la empresa tiene su sede, antes de que finalice el primer periodo de desplazamiento temporal, con una antelación mínima de 20 días.
- La Institución Competente del país asegurador expedirá el certificado de prórroga correspondiente, previa consulta y expreso consentimiento de la Autoridad Competente u Organismo de Enlace del otro Estado Parte.
- Se entregará una copia del certificado al trabajador. El trabajador conservará esta copia con el objeto de acreditar su situación ante la seguridad social del país de destino.

Instruções:

- O formulário deverá ser preenchido pela empresa, em quatro vias, em letra de forma, e anexar a cópia do certificado de deslocamento inicial.
- Deverá ser apresentado perante o Organismo de Ligação ou Instituição Competente do Estado Parte, onde a empresa tem sua sede, antes que finalize o primeiro período de deslocamento temporário, com uma antecedência mínima de 20 dias.
- A Instituição Competente do país de filiação do trabalhador expedirá o certificado de prorrogação correspondente, com a previa consulta e expreso consentimiento da Autoridade Competente ou Organismo de Ligação do outro Estado Parte.
- Entregar-se-á uma cópia do certificado ao trabalhador. O trabalhador conservará o certificado com objeto de comprovar sua situação em perante a Segurança Social no país de destino.

Instrucciones particulares / Instruções particulares:

- (1) Para Bolivia, apellido de casada cuando corresponda/
Para a Bolívia, sobrenome de casada, se aplicável.
- (2) Para Bolivia y Chile, apellido paterno y materno/
Para a Bolívia e Chile, sobrenome do pai e da mãe.
- (3) Para Chile y Uruguay, no procede completar /
Para o Chile e Uruguay, não completar.
- (4) Soltero/Solteiro. Casado/Casado. Viudo/Viúvo. Divorciado/Divorciado. Separado de hecho/Separado de fato. Unión de hecho/União Estável. Concubinato/Concubinato
- (5) Para Brasil, en el apartado "otras informaciones" se debe informar el número de registro de Personas Físicas – CPF
Para Brasil, em "outras informações" deverá ser informado também o número do Cadastro de Pessoas Físicas – CPF

ANEXO 10

IBERO-6

CERTIFICADO DE OPCIÓN SOBRE LEGISLACIÓN APLICABLE
CERTIFICADO DE OPÇÃO SOBRE LEGISLAÇÃO APLICÁVEL

Personal de Misiones diplomáticas y Oficinas consulares
Pessoal de Missões diplomáticas e Postos consulares

Aplicación del apartado i) del artículo 10 del Convenio y 9 del Acuerdo
Aplicação da alínea i) do artigo 10 do Convenção e 9 do Acordo

A cumplimentar por el empleador / A preencher pelo empregador

I. Datos identificativos del trabajador / Dados de identificação do trabalhador

Apellido(s) / Sobrenome(s) (1)		Apellido de soltera / Sobrenome de solteira (2)		Nombre(s) / Nome(s)	
Nombre(s) del padre / Nome(s) do pai			Nombre(s) de la madre / Nome(s) da mãe		
Fecha de nacimiento / Data do nascimento ____/____/____		Sexo ☐ M ☐ F	Lugar de nacimiento / Local de nascimento		
Estado/Provincia/Departamento/Región		País		Nacionalidad/ Nacionalidade	
Documento de identificación / Documento de identificação	Tipo	Número	Fecha de expedición / Data de expedição	País de expedición / País de expedição	
N° de afiliación / Inscrição N° de Seguridad Social / N° de Inscrição do Trabalhador (3)			Profesión o actividad / Profissão ou atividade		Estado civil (4)
Dirección en el País de Origen / Endereço no País de Origem: Calle / Rua N° Piso / Depto Localidad / Localidade C.P./CEP Provincia/Estado/Departamento /Región País N° de teléfono / Telefone Correo electrónico / E-mail					
Otras informaciones / Outras Informações (5):					
El trabajador, se encuentra contratado desde: _____ O trabalhador se encontra contratado desde: _____ en/na: ☐ Misión Diplomática u / missão diplomática, ou ☐ Oficina Consular / Posto consular					

Del Estado Parte acreditante: _____ y/e

Do Estado Parte contratante: _____ y/e

- ☐ Ejerce su actividad como / Exerce sua atividade como _____, o
- ☐ Está al servicio privado y exclusivo de los miembros de la Misión Diplomática u Oficina Consular que se menciona
Está a serviço privado e exclusivo dos membros da Missão Diplomática ou Posto Consular que se menciona.

Lugar y fecha / Lugar e data

Firma del representante en la Misión diplomática u Oficina consular que corresponda /
Assinatura do representante da Missão diplomática ou Escritório consular que corresponda

Sello / Carimbo

A cumplimentar por el trabajador / A preencher pelo trabalhador

II. Derecho de opción / Direito de opção

El trabajador identificado en el punto I de este formulario, según el apartado i) del artículo 10 del Convenio y 9 del Acuerdo, OPTA porque le sean de aplicación las disposiciones en materia de Seguridad Social del siguiente Estado Parte:

O trabalhador identificado no ponto I desde formulário, segundo a alínea i) do artigo 10 da Convenção e 9 do Acordo, OPTA para que lhes sejam aplicadas as disposições em matéria de Segurança Social do seguinte Estado Parte:

Lugar y fecha / Lugar e data:

Firma del trabajador / Assinatura do trabalhador

A cumplimentar por la Institución Competente del Estado Parte por cuya legislación haya optado
A preencher pela Instituição Competente do Estado Parte por cuja legislação tenha optado

III. Institución Competente del País a cuya Legislación está sometido el trabajador / Instituição Competente do País cuja a Legislação está sujeito o trabalhador

Denominación / Denominação	
Dirección / Endereço	
CERTIFICA que el trabajador queda sometido a la legislación del Estado de _____, tras la opción ejercida por el mismo, en virtud del apartado i) del artículo 10 del Convenio y 9 del Acuerdo / CERTIFICA que o trabalhador fica submetido a legislação do Estado de _____, depois da opção pelo mesmo, em virtude do parágrafo i) do artigo 10 Convenio e 9 do Acordo,	
Sello / Carimbo	Lugar y fecha / Lugar e data: _____ Firma de la Institución Competente / Assinatura de lá Instituição Competente _____

País de Origen / País de Origem:

País de Destino / País de Destino:

IV. Organismo de Enlace o Institución Competente del País de Origen / Organismo de Ligação ou Instituição Competente do País de Origem

Denominación / Denominação	
Dirección / Endereço	
CERTIFICA que el trabajador identificado en el punto I de este formulario sigue sometido a la legislación del país de origen, en virtud del apartado b) del artículo 10 del Convenio y 7 del Acuerdo, desde _____ hasta _____ CERTIFICA que o trabalhador identificado no ponto I deste formulário fica submetido a legislação do país de origem, em virtude do parágrafo b) do artigo 10 Convenio e 7 do Acordo, desde _____ hasta / até _____	
Sello / Carimbo	Lugar y fecha / Lugar e data: _____ Firma / Assinatura _____

País de Origen / País de Origem:

País de Destino / País de Destino:

Instrucciones:

- El formulario deberá cumplimentarse por la empresa, en cuatro ejemplares, en caracteres de imprenta.
- Deberá ser presentado ante la Institución Competente del Estado Parte por cuya legislación haya optado el trabajador, dentro de los tres meses siguientes a la fecha de iniciación de trabajo en el territorio del Estado en el que desarrolle su actividad.
- La Institución Competente del país asegurador expedirá el correspondiente certificado y lo comunicará a la Institución Competente del otro Estado Parte.
- Se entregará una copia del certificado al trabajador. El trabajador conservará esta copia con el objeto de acreditar su situación ante la seguridad social del país de destino.

Instruções:

- O formulário deverá ser preenchido pela empresa, em quatro vias, em letra de forma.
- Deverá ser apresentado perante a Instituição Competente do Estado Parte cuja legislação tenha optado o trabalhador, dentro dos três meses seguintes a data de início de trabalho no território do Estado em que desenvolva sua atividade.
- A Instituição Competente do país de filiação do trabalhador expedirá o correspondente certificado e comunicá-lo-á à Instituição Competente do outro Estado Parte.
- Entregar-se-á uma cópia do certificado ao trabalhador. O trabalhador conservará o certificado com objeto de comprovar sua situação em perante à Segurança Social no país de destino.

Instrucciones particulares / Instruções particulares:

- (1) Para Bolivia, apellido de casada cuando corresponda/
Para a Bolívia, sobrenome de casada, se aplicável.
- (2) Para Bolivia y Chile, apellido paterno y materno/
Para a Bolívia e Chile, sobrenome do pai e da mãe.
- (3) Para Chile y Uruguay, no procede completar /
Para o Chile e Uruguay, não completar.
- (4) Soltero/Solteiro. Casado/Casado. Viudo/Viúvo. Divorciado/Divorciado. Separado de hecho/Separado de fato. Unión de hecho/União Estável. Concubinato/Concubinato
- (5) Para Brasil, en el apartado "otras informaciones" se debe informar el número de registro de Personas Físicas – CPF
Para Brasil, em "outras informações" deverá ser informado também o número do Cadastro de Pessoas Físicas – CPF

ANEXO 11

IBERO-7

CERTIFICADO SOBRE LEGISLACIÓN APLICABLE
CERTIFICADO SOBRE LEGISLAÇÃO APLICÁVEL

Personal enviado em misiones de cooperación
Pessoal enviado em missões de cooperação

Aplicación del apartado j) del artículo 10 del Convenio y 10 del Acuerdo
Aplicação da alínea j) do artigo 10 do Convenção e 10 do Acordo

A cumplimentar por el Organismo del Estado Parte que envía al cooperante
A preencher pelo Organismo do Estado Parte que envia o cooperante

I. Datos identificativos del trabajador / Dados de identificação do trabalhador

Apellido(s) / Sobrenome(s) (1)		Apellido de soltera / Sobrenome de solteira (2)		Nombre(s) / Nome(s)	
Nombre(s) del padre / Nome(s) do pai			Nombre(s) de la madre / Nome(s) da mãe		
Fecha de nacimiento / Data do nascimento ____/____/____		Sexo ☐ M ☐ F	Lugar de nacimiento / Local de nascimento		
Estado/Provincia/Departamento/Región		País		Nacionalidad/ Nacionalidade	
Documento de identificación / Documento de identificação	Tipo	Número	Fecha de expedición / Data de expedição	País de expedición / País de expedição	
Nº de afiliación / Inscrição Nº de Seguridad Social / Nº de Inscrição do Trabalhador (3)			Profesión o actividad / Profissão ou atividade		Estado civil (4)
Dirección en el País de Origen / Endereço no País de Origem:					
Calle / Rua Nº Piso / Depto					
Localidad / Localidade C.P./CEP					
Provincia/Estado/Departamento /Región					
País					
Nº de teléfono /Telefone Correo electrónico / E-mail					
Otras informaciones / Outras Informações (5):					

II. Datos del desplazamiento / Dados de deslocamento

Dirección en el País de Origen / Endereço no País de Origen:	
Calle / Rua	Nº Piso / Depto
Localidad / Localidade	C.P./CEP
Provincia/Estado/Departamento /Región	
País	
Nº de teléfono /Telefone	Correo electrónico / E-mail
Otras informaciones / Outras Informações (4):	
El trabajador citado ha sido enviado por el Organismo del Estado Parte, en misión de cooperación, al territorio del otro Estado Parte	
O trabalhador citado foi enviado pelo Organismo do Estado Parte, em missão de cooperação, ao território do outro Estado Parte	
Dirección en el País de Origen / Endereço no País de Origen:	
Calle / Rua	Nº Piso / Depto
Localidad / Localidade	C.P./CEP
Provincia/Estado/Departamento /Región	
País	
Nº de teléfono /Telefone	Correo electrónico / E-mail

Lugar y fecha / Lugar e data:

Sello / Carimbo

Firma / Assinatura

A cumplimentar por la Institución Competente del País de origen
A preencher pela Instituição Competente do País de origem

III. Institución Competente del País a cuya Legislación está sometido el trabajador / Instituição Competente do País cuja Legislação está sujeito o trabalhador

CERTIFICADO / CERTIFICAÇÃO

Denominación / Denominação:	
Dirección / Endereço: Calle / Rua N° Piso / Depto Localidad / Localidade C.P./CEP Provincia/Estado/Departamento /Región País N° de teléfono /Telefone Correo electrónico / E-mail	
CERTIFICA que el trabajador, enviado en misiones de cooperación, sigue sujeto a la legislación del país _____, en virtud del apartado j) del artículo 10 del Convenio y 10 del Acuerdo / CERTIFICA que o trabalhador, enviado em missões de cooperação, continua sujeito a legislação do país _____, em virtude do parágrafo j) do artigo 10 Convenio e 10 do Acordo,	
Sello / Carimbo	Lugar y fecha / Lugar e data: _____ Firma / Assinatura _____

País de Origen / País de Origem:

País de Destino / País de Destino:

Instrucciones:

- El formulario deberá cumplimentarse por la empresa, en cuatro ejemplares, en caracteres de imprenta.
- Deberá ser presentado ante la Institución Competente del Estado Parte de origen que expedirá el correspondiente certificado y lo comunicará a la Institución Competente del otro Estado Parte.
- Se entregará una copia del certificado al trabajador. El trabajador conservará esta copia con el objeto de acreditar su situación ante la seguridad social del país de destino.

Instruções:

- O formulário deverá ser preenchido pela empresa, em quatro vias, em letra de forma.
- Deverá ser apresentado perante a Instituição Competente do Estado Parte de origem que expedirá o correspondente certificado e comunicá-lo-á a Instituição Competente do outro Estado Parte.
- Entregar-se-á uma cópia do certificado ao trabalhador. O trabalhador conservará o certificado com objeto de comprovar sua situação em perante a Segurança Social no país de destino.

Instrucciones particulares / Instruções particulares:

- (1) Para Bolivia, apellido de casada cuando corresponda/
Para a Bolívia, sobrenome de casada, se aplicável.
- (2) Para Bolivia y Chile, apellido paterno y materno/
Para a Bolívia e Chile, sobrenome do pai e da mãe.
- (3) Para Chile y Uruguay, no procede completar /
Para o Chile e Uruguay, não completar.
- (4) Soltero/Solteiro. Casado/Casado. Viudo/Viúvo. Divorciado/Divorciado. Separado de hecho/Separado de fato. Unión de hecho/União Estável. Concubinato/Concubinato
- (5) Para Brasil, en el apartado "otras informaciones" se debe informar el número de registro de Personas Físicas – CPF
Para Brasil, em "outras informações" deverá ser informado também o número do Cadastro de Pessoas Físicas – CPF