

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)

c) Bolivia mediante: ☐

Apoderado: ☐

Abono en cuenta: ☐

Nº de Cuenta:

Nombre de Entidad Bancaria:

Dirección de Entidad Bancaria:

d) (País donde reside el Asegurado) mediante: ☐

Cheque: ☐

Transferencia Bancaria: ☐

BIC / SWIFF:

IBAN:

CCC / Cuenta Corriente o de Ahorro:

Nº de Entidad:

Nº de Agencia:

Control o Código Verificador:

Nº de Cuenta:

Nombre de Entidad Bancaria:

Dirección de Entidad Bancaria:

Firma del Asegurado

Nombre y firma de Testigo

ANEXO 5

**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 / <i>Nome do Organismo</i>
Dirección / <i>Endereço</i>
Localidad / País / <i>Localidade</i> <i>País</i>
Número de expediente o referencia / <i>Nenhum registro ou referência</i>

**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/Data 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 Nº Documento de identificación en la institución competente/ Nº Documento de identificação na instituição competente	
4.4 Nº de Seguridad Social en la institución competente/ Nº Segurança Social na instituição competente(3)	
4.5 Nº Documento de identificación en la institución destinataria/ Nº Documento de identificação na Instituições destinataria(4)	
4.6 Nº de Seguridad Social en la institución destinataria/ Nº Segurança Social na instituição destinataria(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 destinataria(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	<input type="checkbox"/> Masculino/Masculino <input type="checkbox"/> 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(5) / / <input type="checkbox"/> El asegurado sigue trabajando y/o cotizando/ O interessado continua trabalhando e/ou citação
6.11 Estado civil/Estado civil	<input type="checkbox"/> Soltero/Solteiro <input type="checkbox"/> Casado/Casado <input type="checkbox"/> Viudo/Viúvo <input type="checkbox"/> Divorciado/Divorciado <input type="checkbox"/> Separado/Separado <input type="checkbox"/> Unión de hecho/União <input type="checkbox"/> Concubinato/ estável 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	<input type="checkbox"/> Accidente de <input type="checkbox"/> Enfermedad trabajo/ Acidente no profesional/ trabalho Doença ocupacional <input type="checkbox"/> Accidente no <input type="checkbox"/> Enfermedad común/ laboral/ Acidente não Doença comum profissional
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? <div style="float: right;"> No/Não <input type="checkbox"/> Sí/Se <input type="checkbox"/> </div>				
Tipo de prestación/ <i>Tipo de benefício</i>	La cobra/ <i>A carga</i>	Organismo que la abona/ <i>Organismo pagador</i> Especifique país/ <i>Especificar o país(6)</i>		Cuantía mensual/ <i>Montante mensal</i>
Vejez/ <i>Velhice</i>	<input type="checkbox"/>			
Incapacidad permanente/ <i>Incapacidade permanente</i>	<input type="checkbox"/>			
Viudedad/ <i>Viuvez</i>	<input type="checkbox"/>			
Orfandad/ <i>Orfandade</i>	<input type="checkbox"/>			
Desempleo/ <i>Desemprego</i>	<input type="checkbox"/>			
Otra/ <i>Otros</i>	<input type="checkbox"/>			

**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**

[illegible]

**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	<input type="checkbox"/> Masculino/Masculino <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> Soltero/Solteiro <input type="checkbox"/> Casado/Casado <input type="checkbox"/> Viudo/Viúvo <input type="checkbox"/> Divorciado/Divorciado <input type="checkbox"/> Separado/Separado <input type="checkbox"/> Concubinato/Concubinato <input type="checkbox"/> 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(8) / /
9.15 Ingresos anuales percibidos por el solicitante en los ultimos 12 meses/ Rendimiento anual recebido pelo candidato nos ultimos 12 meses	
9.16 Dirección/Endereço	
Calle/Rua	Nº Piso/Depto
Localidad /Localidade	C.P./CEP
Provincia/Estado/ Departamento /Región	
País/País.....	
Nº de teléfono/Telefone	Correo electrónico/E-mail

9.17 Otras informaciones/Outras Informações (9)

.....

IBERO - INTEGRADO

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

1º) 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)

2º) 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)

3º) 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)

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

4º) 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)

5º) 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)
 bancaria/

☐

Cheque nominal

☐

Transferencia

cheque nominal
Transferencia 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

[illegible]

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)

Fecha/Data / /

Firma/Assinatura

Sello/Carimbo

**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 em consideração*Coeficiente prorrata/*Coeficiente proporcional*15.2 Tipo de prestación reconocida/
*Tipo da prestação reconhecido*15.3 Cuantía mensual/
Montante mensal15.4 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/*Sem direito à prestação pelo motivo seguinte*

 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 / Países/
Localidade *País*Teléfono / Correo electrónico/
Telefone *E-mail*

Fecha/Data / /

Firma/Assinatura

Sello/Carimbo

[illegible]

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)

Sello/Carimbo

Página 15 de 51

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

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 em consideração

Coeficiente prorratea/*Coeficiente proporcional*

17.2 Tipo de prestación reconocida/
Tipo da prestação reconhecido

17.3 Cuantía mensual/
Montante mensal

17.4 Moneda/
Moeda

17.5 N° de pagas anuales/
N° de pagamentos anuais

17.6 Fecha de inicio/
Data de inicio

..... / /

17.7 Sin derecho a prestación por el siguiente motivo/*Sem direito à prestação pelo motivo seguinte*

.....
.....
.....

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 / Países /
Localidade *País*

Teléfono / Correo electrónico /
Telefone *E-mail*

Fecha/Data / /

Firma/Assinatura

Sello/*Carimbo*

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 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, nº 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 compahia 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, nº 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"deberá ser informado também o números do cadastro de pessoas físicas-CPF
Para Bolivia, informar número de identificación, nº de afiliación y dirección de Bolivia.
Para Bolívia, informar o número de identificação, nº inscrição e endereço na Bolívia
- (10) Complimentar 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

**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 /
Direcção

Firma /
Assinatura

.....

Fecha /
Data

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

EL SOLICITANTE

CERTIFICA que los datos contenidos en esta solicitud son verdaderos, completos y de su conocimiento /
CERTIFICA que os datos 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

CONVENIO MULTILATERAL IBEROAMERICANO DE SEGURIDAD SOCIAL
CONVENÇÃO MULTILATERAL IBERO-AMERICANA DE SEGURANÇA SOCIAL

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 do alínea a) do artigo 10 do Convenção e 7 do Acordo

A complimentar 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 <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> 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/Nº de 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 Pais 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 _____ N° de teléfono/N° de Telefone _____ Correo electrónico/E- mail _____	

III. Datos del desplazamiento
Dados do deslocamento

Período de desplazamiento quês e 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 Razao Social:	
Nº de identificación o Inscripción / Nº de identificação ou inscrição	Actividad / Atividade principal
Dirección / Endereço: Calle/Rua _____ nº _____ Piso/Depto: _____ Localidad/Localidade _____ C.P./CEP _____ Provincia/Estado/Departamento/Región _____ País _____ Nº de teléfono/Nº de 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 Origen

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 esta sujeito o trabalhador

CERTIFICADO / CERTIFICAÇÃO

Denominación / Denominação:

Dirección / Endereço:

Certifica que el trabajador identificado en el punto I de este formulario queda sometida 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 _____

Lugar y fecha / Lugar e data:

Sello / Carimbo

Firma / Assinatura

País de Origen / País de Origen:

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

CONVENIO MULTILATERAL IBEROAMERICANO DE SEGURIDAD SOCIAL
CONVENÇÃO MULTILATERAL IBERO-AMERICANA DE SEGURANÇA SOCIAL

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 do 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 <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> 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 _____ n° _____ Piso/Depto: _____					
Localidad/Localidade _____ C.P./CEP _____					
Provincia/Estado/Departamento/Región _____					
País _____ N° de teléfono/N° de 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

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

Desde _____ hasta / ate _____

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 trabajador / Assinatura do trabalhador

A cumplir 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:	
<p>Certifica que el trabajador identificado en el punto I de este formulario queda sometida a la legislación del país de origen, en virtud del apartado b) del artículo 10 del Convenio y 8 del Acuerdo /</p> <p>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 8 do Acordo,</p> <p>desde _____ hasta / até _____</p>	
Sello / Carimbo	<p>Lugar y fecha / Lugar e data:</p> <p>_____</p>
	<p>Firma / Assinatura</p> <p>_____</p>

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

CONVENIO MULTILATERAL IBEROAMERICANO DE SEGURIDAD SOCIAL
CONVENÇÃO MULTILATERAL IBERO-AMERICANA DE SEGURANÇA SOCIAL

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 do 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 <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> 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/Nº de 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 Pais de Origen

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 _____ N° de teléfono/N° de 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 á 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 /Actividade principal

Dirección / Endereço:

Calle/Rua _____ n° _____ Piso/Depto: _____

Localidad/Localidade _____ C.P./CEP _____

Provincia/Estado/Departamento/Región _____

País _____ Nº de teléfono/Nº de 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:	
<p>Solicita que el trabajador citado continúe sujeto a su legislación, durante la prórroga del desplazamiento, por el periodo desde _____ hasta _____.</p> <p>Solicita que o trabalhador citado continue sujeito a sua legislação, durante a prorrogação do deslocamento, pelo período desde _____ ate _____.</p>	
<p style="text-align: center;">Sello / Carimbo</p>	<p style="text-align: center;">Lugar y fecha / Lugar e data:</p> <p style="text-align: center;">_____</p> <p style="text-align: center;">Firma / Assinatura</p> <p style="text-align: center;">_____</p>

País de Origen / País de Origen:

País de Destino / País de Destino:

A cumprimentar por el Organismo de Enlace o Institución Competente del País de Destino

A preencher pelo Organismo de Ligação ou Instituição Competente do País de Destino

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 _____ ate _____

☐ No estar de acuerdo / Não estar de acordo

Lugar y fecha / Lugar e data:

Sello / Carimbo

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 sujeta o trabalhador

CERTIFICADO / CERTIFICAÇÃO

Denominación / Denominação:	
Dirección / Endereço:	
<p>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 /</p> <p>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,</p> <p style="text-align: center;">desde _____ hasta / até _____</p>	
<p style="text-align: center;">Sello / Carimbo</p>	<p>Lugar y fecha / Lugar e data:</p> <p>_____</p> <p style="margin-top: 40px;">Firma / Assinatura</p> <p>_____</p>

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 natelación 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 copia do certificado de deslocamento inicial.
- Devera 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 expedira o certificado de prorrogação correspondente, com a previa consulta e expreso consentimento 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” devera ser informado também o número do Cadastro de Pessoas Físicas – CPF

ANEXO 10

CONVENIO MULTILATERAL IBEROAMERICANO DE SEGURIDAD SOCIAL
CONVENÇÃO MULTILATERAL IBERO-AMERICANA DE SEGURANÇA SOCIAL

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 do alínea i) do artigo 10 do Convenção e 9 do Acordo

A cumplimentar por la 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 <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> 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 _____ n° _____ Piso/Depto: _____					
Localidad/Localidade _____ C.P./CEP _____					
Provincia/Estado/Departamento/Región _____					
País _____ N° de teléfono/N° de 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 seja, 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 Ligação esta sujeito o trabalhador

CERTIFICADO / CERTIFICAÇÃO

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,

Lugar y fecha / Lugar e data:

Sello / Carimbo

Firma de la Institución Competente / Assinatura de la
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 Origen

CERTIFICADO / CERTIFICAÇÃO

Denominación / Denominação:	
Dirección / Endereço:	
<p>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 /</p> <p>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,</p> <p style="text-align: center;">desde _____ hasta / até _____</p>	
<p style="text-align: center;">Sello / Carimbo</p>	<p style="text-align: center;">Lugar y fecha / Lugar e data:</p> <p style="text-align: center;">_____</p> <p style="text-align: center;">Firma / Assinatura</p> <p style="text-align: center;">_____</p>

País de Origen / País de Origen:

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-a 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

ANEXO 11

CONVENIO MULTILATERAL IBEROAMERICANO DE SEGURIDAD SOCIAL
CONVENÇÃO MULTILATERAL IBERO-AMERICANA DE SEGURANÇA SOCIAL

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 do 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 <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> 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 _____ n° _____ Piso/Depto: _____					
Localidad/Localidade _____ C.P./CEP _____					
Provincia/Estado/Departamento/Región _____					
País _____ N° de teléfono/N° de Telefone _____					
Correo electrónico/E- mail _____					
Otras informaciones / Outras Informações (5):					

II. Datos del desplazamiento / Dados de deslocamento

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

Lugar y fecha / Lugar e data

Firma / Assinatura

Sello / Carimbo

III. Institución Competente del País a cuya Legislación está sometido el trabajador
Instituição Competente do País cuja Legislação esta 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/N° de 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-a 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