

**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 / <i>Localidade</i>	País / <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 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 destinataria(4)	
4.6 N° de Seguridad Social en la institución destinataria/ N° 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 TRABAJADOR ASEGURADO / DADOS DO TRABALHADOR 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/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 estável <input type="checkbox"/> Concubinato/Concubinato
6.12 Fecha de fallecimiento/Data da morte / /
6.13 País de fallecimiento/País da morte (13)	
6.14 Causa del fallecimiento/Causa da morte	<input type="checkbox"/> Accidente de trabajo/ Acidente no trabalho <input type="checkbox"/> Enfermedad profesional/ Doença ocupacional <input type="checkbox"/> Accidente no laboral/ Acidente não profissional <input type="checkbox"/> Enfermedad común/ Doença comum

6.15 Dirección/Endereço

Calle/Rua N° Piso/Depto

Localidad /Localidade C.P./CEP

País/Estado/Provincia/Departamento/Región / País/Estado/Província/Departamento/Região

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 <input type="checkbox"/> Sí/Se <input type="checkbox"/>			
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	<input type="checkbox"/>		
Incapacidad permanente/Incapacidade permanente	<input type="checkbox"/>		
Viudedad/Viuvez	<input type="checkbox"/>		
Orfandad/Orfandade	<input type="checkbox"/>		
Desempleo/Desemprego	<input type="checkbox"/>		
Otra/Otros	<input type="checkbox"/>		

IBERO-INTEGRADO 20230216

**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)/ <i>Sobrenome (s) (1)</i>	
Apellidos de soltera/ <i>Sobrenome de solteira(2)</i>	
Nombre (s)/ <i>Nome(s)</i>	
9.2 Nombre(s) del padre/ <i>Nome (s) do pai</i>	
9.3 Nombre(s) de la madre / <i>Nome(s) da mãe</i>	
9.4 Fecha de nacimiento/ <i>Data de nascimento</i> / /
9.5 Sexo/ <i>Sexo</i>	<input type="checkbox"/> Masculino/ <i>Masculino</i> <input type="checkbox"/> Femenino/ <i>Feminino</i>
9.6 Lugar de nacimiento/ <i>Local de nascimento</i>	
9.7 País de nacimiento/ <i>País de nascimento</i>	
9.8 Nacionalidad / <i>Nacionalidade</i>	
9.9 Estado civil/ <i>Estado civil</i>	<input type="checkbox"/> Soltero/ <i>Solteiro</i> <input type="checkbox"/> Viudo/ <i>Viúvo</i> <input type="checkbox"/> Separado/ <i>Separado</i> <input type="checkbox"/> Concubinato/ <i>Concubinato</i> <input type="checkbox"/> Casado/ <i>Casado</i> <input type="checkbox"/> Divorciado/ <i>Divorciado</i> <input type="checkbox"/> Unión de hecho/ <i>União estável</i> <input type="checkbox"/> Otros/ <i>Outros</i> <i>Especificar/ Especificamos.....</i>
9.10 Parentesco con el asegurado/ <i>Parentesco como asegurado</i>	
9.11 Fecha de matrimonio/ <i>Data do casamento</i> / /
9.12 Fecha de divorcio o de separación/ <i>Data de divórcio ou separação</i> / /
9.13 Fecha de nuevas nupcias/ <i>Data do novo casamento</i> / /
9.14 Fecha de inscripción como pareja de hecho/ <i>Data de inscrição como parceiro(8)</i> / /
9.15 Ingresos anuales percibidos por el solicitante en los ultimos 12 meses/ <i>Rendimiento anual recebido pelo candidato nos ultimos 12 meses</i>	
9.16 Dirección/ <i>Endereço</i>	
Calle/ <i>Rua</i>	Nº Piso/ <i>Depto.</i>
Localidad / <i>Localidade</i>	C.P./ <i>CEP</i>
Provincia/Estado/ Departamento / <i>Región</i>	
País/ <i>País</i>	
Nº de teléfono/ <i>Telefone</i>	Correo electrónico/ <i>E-mail</i>
9.17 Otras informaciones/ <i>Outras Informações (9)</i>	
.....	

IBERO-INTEGRADO
20230216

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

Vinculo de parentesco/ o Relação de familia

Fecha de nacimiento/Data de nascimento /..... /.....

¿Está incapacitado para el trabajo?/Esta incapacitado para o trabalho? Si/Se No/Não

¿Trabaja?/Trabalha? Si/Se No/Não Ingresos anuales/Renda anual

¿Convive con el solicitante?/Viver com o solicitante? Si/Se No/Não

¿Solicita pensión?/solicita uma pensão? Si/Se No/Não

Dirección/Endereço(10)

2º) Apellido (s)/Sobrenome (s)

Nombre(s)/Nome(s)

Sexo/Sexo Hombre/homem Mujer/Mulher

Vinculo de parentesco/ o Relação de familia

Fecha de nacimiento/Data de nascimento /..... /.....

¿Está incapacitado para el trabajo?/Esta incapacitado para o trabalho? Si/Se No/Não

¿Trabaja?/Trabalha? Si/Se No/Não Ingresos anuales/Renda anual

¿Convive con el solicitante?/Viver com o solicitante? Si/Se No/Não

¿Solicita pensión?/solicita uma pensão? Si/Se No/Não

Dirección/Endereço(10)

3º) Apellido (s)/Sobrenome (s)

Nombre(s)/Nome(s)

Sexo/Sexo Hombre/homem Mujer/Mulher

Vinculo de parentesco/ o Relação de familia

Fecha de nacimiento/Data de nascimento /..... /.....

¿Está incapacitado para el trabajo?/Esta incapacitado para o trabalho? Si/Se No/Não

¿Trabaja?/Trabalha? Si/Se No/Não Ingresos anuales/Renda anual

¿Convive con el solicitante?/Viver com o solicitante? Si/Se No/Não

¿Solicita pensión?/solicita uma pensão? Si/Se No/Não

Dirección/Endereço(10)

IBERO-INTEGRADO 20230216

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

Vinculo de parentesco/ o Relação de familia

Fecha de nacimiento/Data de nascimento /..... /.....

¿Está incapacitado para el trabajo?/Esta incapacitado para o trabalho? Si/Se No/Não

¿Trabaja?/Trabalha? Si/Se No/Não Ingresos anuales/Renda anual

¿Convive con el solicitante?/Viver com o solicitante? Si/Se No/Não

¿Solicita pensión?/solicita uma pensão? Si/Se No/Não

Dirección/Endereço(10).....

5º) Apellido (s)/Sobrenome (s)

Nombre(s)/Nome(s)

Sexo/Sexo Hombre/homem Mujer/Mulher

Vinculo de parentesco/ o Relação de familia

Fecha de nacimiento/Data de nascimento /..... /.....

¿Está incapacitado para el trabajo?/Esta incapacitado para o trabalho? Si/Se No/Não

¿Trabaja?/Trabalha? Si/Se No/Não Ingresos anuales/Renda anual

¿Convive con el solicitante?/Viver com o solicitante? Si/Se No/Não

¿Solicita pensión?/solicita uma pensão? Si/Se No/Não

Dirección/Endereço(10).....

IBERO-INTEGRADO 20230216

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

<p>11.1 Apellido (s)/Sobrenome (s)</p> <hr/> <p>Nombre (s)/Nome(s)</p> <hr/> <p><input type="checkbox"/> Representante y número de identidad/Representante e número de identidade</p> <p><input type="checkbox"/> Apoderado y número de identidad/Procurador/ e número de identidade</p>	
<p>11.2 Dirección/Endereço</p> <p>Calle/Rua N° Piso/Depto</p> <p>Localidad /Localidade C.P./CEP</p> <p>Provincia/Estado/ Departamento /Región</p> <p>País/País</p> <p>N° de teléfono/Telefone Correo electrónico/E-mail</p>	

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 Transferencia bancaria/cheque nominal Transferencia bancaria/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

IBERO-INTEGRADO 20230216

**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

Coefficiente prorrata/*Coefficiente 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/*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*

**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

Coficiente prorrata/*Coficiente 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 / País /
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 Bolivia e Chile, sobrenome de casada, se aplicável
- (2) Para Bolivia, Chile y España indicar apellido paterno y materno/
Para Bolivia, 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. En caso de no contar con el CPD enviar documento con fotografía (cédula identidad, pasaporte...)/
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. Caso não possua o CPF, envie documento com foto (cédula de identidade, passaporte...)
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 Brasil” /
Para o Brasil, por favor preencha o “Anexo Brasil”
- (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, nº de afiliación y dirección de Bolivia.
Para Bolivia, 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 Pessoa Física-CPF
Para Bolivia, informar número de identificación, nº de afiliación y dirección de Bolivia.
Para Bolivia, informar o número de identificação, nº 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 o representante legal/
Anexar documento de procuração/ ou representante legal
- (12) Para Brasil, sólo se puede pagar por transferencia bancaria/
Para o Brasil, o pagamento só pode ser feito por transferência bancária
- (13) *Para Brasil, adjuntar certificado de fallecimiento/ Para o Brasil, anexar certidão de óbito*