

# 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

El formulario será cumplimentado por la Institución ante la que se presente la solicitud, en la parte que le corresponda, y remitirá dos copias, a través de los organismos de enlace, a la Institución Competente de cualquier Estado Parte en el que haya estado afiliado el trabajador, que devolverán una de las copias, certificando los periodos de cotización, a la Institución a la que corresponde la instrucción del expediente.

O formulário será preenchido pela Instituição perante a qual é apresentada a solicitação, na parte que lhe corresponda, e remeterá duas cópias, através dos organismos de ligação, à Instituição Competente de qualquer Estado Parte no que tenha estado filiado o trabalhador, que devolverão uma das cópias, certificando os períodos de contribuição à Instituição à que corresponde a instrução do expediente.

**I Organismo de Enlace o Institución Competente que tramita el procedimiento**  
**Organismo de Ligação ou Instituição Competente que efetua a tramitação do pedido**

Nombre del Organismo / Nome do Organismo _____
Dirección / Endereço _____
Localidad/Localidade _____ País _____
Teléfono / Telefone: _____ Correo electrónico / E-mail: _____
Prestación/Beneficio: _____
Fecha de recepción de la solicitud /Data do requerimento __ / __ / ____
Nº de expediente ou referênciã _____

**II Organismos de Enlace o Instituciones Competentes destinatarias**  
**Organismos de Ligação ou Instituições Competentes destinatárias**

Nombre del Organismo /Nome do Organismo	Dirección / Endereço	País	Teléfono / Telefone (incluir códigos de áreas)	Correo electrónico/ E-mail	Nº de expediente

**III Datos del solicitante / Dados do solicitante:**

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 de 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 / Telefone: _____ Correo electrónico/E-mail: _____					
Otras informaciones/Outras Informações (5):   					

**IV Datos relativos al asegurado / Dados relativos ao segurado (6)**

Apellido (s) / Sobrenome (s) (7)		Apellido de soltera/ Sobrenome de solteira (8)		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 do 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 (9)		Profesión o actividad/ Profissão ou atividade		Estado civil (10)	
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 (11):					

✓ 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

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 / voluntário, obrigatório, assimilado	Observaciones / Observações
Desde /Inicio			Hasta / até					
D	M	A	D	M	A			
TOTAL: Años ..... Meses ..... Días .....								
<p>¿Se reúnen las condiciones requeridas para tener derecho a prestación, considerando únicamente los periodos de seguro, cotización o empleo cumplidos en ese Estado Parte? / ¿Se reúnem as condições requeridas para aquisição do direito à prestação, considerando unicamente os períodos de seguro de contribuição ou de emprego cumpridos nesse Estado Parte?..... <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p>								
Tipo de prestación/ Tipo da prestação			Cuantía mensual/ Montante mensal			Moneda/ Moeda	Pagas anuales/ Pagamentos anuais	Fecha de inicio/ Data de inicio
<p>En caso de fallecimiento fecha del mismo/No caso de falecimento, a data do mesmo: Años..... Meses..... Días.....</p> <p>Sello / Carimbo <span style="float: right;">Firma / Assinatura</span></p>								

_____	_____
-------	-------

**VI Certificación de periodos de seguro, de cotización o de empleo cumplidos bajo la legislación de la Institución Competente del Estado Parte destinatario**

**Certificação de periodos de seguro, de contribuição ou de emprego efetuados ao abrigo da legislação da Instituição Competente do Estado Parte destinatário**

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 / voluntário, obrigatório, assimilado	Observaciones / Observações	
Desde /Inicio			Hasta / até						
D	M	A	D	M	A				
TOTAL: Años / Ano..... Meses / Mês..... Días /Dia.....									
¿Se reúnen las condiciones requeridas para tener derecho a prestación, considerando únicamente los periodos de seguro, cotización o empleo cumplidos en ese Estado Parte? / ¿Se reúnem as condições requeridas para aquisição do direito à prestação considerando unicamente os períodos de seguro de contribuição ou de emprego cumpridos nesse Estado Parte? ..... <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO									
Tipo de prestación/ Tipo da prestação			Cuantía mensual/ Montante mensal			Moneda/ Moeda	Pagas anuales/ Pagamentos anuais		Fecha de inicio/ Data de inicio
<b>En caso de fallecimiento fecha del mismo/Em caso de falecimento a dato do mesmo:</b>									

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

¿Se reúnen las condiciones requeridas en ese Estado Parte para tener derecho a prestación por totalización de periodos de seguro, cotización o empleo? / ¿Se reúnen as condições requeridas nesse Estado Parte para aquisição do direito à prestação por períodos totalizados? .....  SI  NO

Tipo de prestación/ Tipo da prestação	Cuantía mensual/ Montante mensal	Moneda/ Moeda	Pagas anuales/ Pagamentos anuais	Fecha de inicio/ Data de inicio

En caso de fallecimiento fecha del mismo/No caso de falecimento, a data do mesmo:  
Años..... Meses..... Días.....

Sello / Carimbo

Firma / Assinatura

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Organismo de Enlace o Institución Competente del Estado Parte destinatario /

Organismo de Ligação ou Instituição Competente do Estado Parte destinatário.

Denominación / Denominação \_\_\_\_\_

Dirección / Endereço \_\_\_\_\_

Localidad/Localidade \_\_\_\_\_ País \_\_\_\_\_

Teléfono / Telefone: \_\_\_\_\_

Correo electrónico / E-mail: \_\_\_\_\_

**VII Pensiones derivadas del fallecimiento de un titular de prestaciones por vejez o invalidez concedidas por dos o más Estados Parte del Convenio**

**Pensões devidas por falecimento de um titular de prestações por velhice ou invalidez concedidas por dois ou mais Estados Parte da Convenção**

¿Se han producido modificaciones en el informe de cotización? /

Produziram-se modificações no relatório de contribuições? .....  SI  NO

¿Es válido el informe que sirvió para su tramitación? /

É válido o relatório que serviu para sua tramitação? (12) .....  SI  NO

Lugar y Fecha / Local e Data: \_\_\_\_\_

Sello / Carimbo

Firma / Assinatura

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Organismo de Enlace o Institución Competente del País / Organismo de Ligação ou Instituição Competente do País:** \_\_\_\_\_

Denominación/ Denominação: \_\_\_\_\_

Dirección / Endereço: \_\_\_\_\_

Localidad / Localidade \_\_\_\_\_ País \_\_\_\_\_

Teléfono / Telefone: \_\_\_\_\_ Correo electrónico / E-mail: \_\_\_\_\_

**Instrucciones / Instruções:**

- (4) (10) Soltero. Casado. Viudo. Divorciado. Separado de hecho. Unión de hecho. Concubinato /  
Solteiro. Casado. Viúvo. Divorciado. Separado. União Estável. Concubinato.
- (6) Cumplimentar solo cuando sea distinto del solicitante /  
Preencher só se for diferente do solicitante.
- (12) En caso afirmativo se acompañará nueva certificación de periodos de seguro, de  
cotización o de empleo /  
Em caso afirmativo, deverá ser acompanhada de novo certificado dos periodos de seguro,  
contribuição ou de emprego

**Pensiones de invalidez:** En el supuesto de pensiones de invalidez, junto con el formulario de enlace se acompañará un formulario Ibero 8 específico en el que conste la información sobre el estado de salud del trabajador, las causas de la incapacidad y la posibilidad razonable, en caso de existir, de recuperación de la capacidad de trabajo (Art. 20 Acuerdo de Aplicación Convenio Multilateral Iberoamericano de Seguridad Social) /

**Aposentadoria por de invalidez:** No caso de aposentadoria invalidez, debe-se anexar ao formulário de ligação o formulário Ibero 8 no qual conste a informação sobre o estado de saúde do trabalhador, as causas da incapacidade e, se for caso, a possibilidade razoável de recuperação da capacidade de trabalho (Art. 20 do Acordo de aplicação Convênio Multilateral Ibero-americano de Segurança Social).

**Instrucciones particulares/instruções particular:**

- (1) (7) Para Bolivia y Chile, apellido de casada cuando corresponda/  
Para a Bolivia e Chile, sobrenome de casada, se aplicável
- (2) (8) Para Bolivia y Chile , apellido paterno y materno /  
Para a Bolivia e Chile, sobrenome do pai e da mãe
- (3) (9) Para Chile y Uruguay, no procede completar /  
Para o Chile e Uruguay, não completar
- (5) (11) 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  
Para Bolivia, informar número de documentos de identificación y dirección en Bolivia , si tiene/  
Para a Bolivia, informar número do documento identificação e endereço na Bolivia, si você tiver  
Para Chile, informar el número de cédula de identidad chilena o RUT o RUN del trabajado / Para Chile, informar o número da cédula de identidade chilena ou RUT ou RUN do trabalhador.  
Para Ecuador informar el número de Cédula de Ciudadanía / Para Ecuador, informar o número da cédula de cidadania.

