

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

IBERO - 1

FORMULARIO DE SOLICITUD
FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO

VEJEZ/IDADE

INVALIDEZ

SUPERVIVENCIA/PENSÃO POR MORTE

Artículo 21.3 del Convenio y 16 del Acuerdo de Aplicación / Artigo 21.3 do Convênio e 16 do Acordo de Aplicação

I Datos de la prestación / Dados do benefício

Prestación/ Prestações (1) _____

Fecha de solicitud / Data da solicitação ____ / ____ / _____

¿Aplaza la solicitud en otro(s) Estado(s) Parte? Si es así, indique en cuál o cuáles /

Adia a solicitação em outro(s) Estado(s) Parte? Se é assim, indique em qual ou quais :

Nº de expediente o referencia / Nº de expediente ou referência (2) _____

Institución Competente u Organismo de Enlace ante la que se presenta / Instituição Competente ou Organismo de Ligação perante a que se apresenta _____

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: _____

II Datos identificativos del trabajador / Dados de identificação do trabalhador (3)

Apellido (s) / Sobrenome (s) (4)		Apellido de soltera/ Sobrenome de solteira (5)		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 da 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 Trabalharor (6)		Profesión o actividad/ Profissão ou atividade		Estado civil (7)	
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 (8):					

III Periodos de seguro, de cotización o de empleo alegados por el solicitante

Periodos de seguro de contribuição ou de emprego indicados pelo solicitante

Períodos de seguro, cotización o empleo/ Periodo de seguro, de contribuição ou de emprego						Régimen de contribución o actividad/ Regime de contribuição ou actividade	País	Nº de identificación en el país en que se alegan los periodos/ Nº de identificação no país em que se alegam os períodos
Desde /Inicio		Hasta / até			Empresa (9)			
D	M	A	D	M	A			

IV Datos relativos al solicitante y al asegurado en caso de muerte y supervivencia
(Completar exclusivamente en caso de pensiones por supervivencia)

Dados relativos ao solicitante y asegurado em caso de pensão por morte
(Completar exclusivamente em caso de pensões por morte)

DATOS DEL SOLICITANTE/ DADOS DO SOLICITANTE (10):

Apellido (s) / Sobrenome (s) (11)		Apellido de soltera/ Sobrenome de solteira (12)		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/Departament o/ 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 (13)		Estado Civil (14):		Fecha de matrimonio o unión/Data de casamento ou união	Fecha de separación judicial o divorcio/Data da separação judicial ou de divórcio
Parentesco con el asegurado / Parentesco com o asegurado:				Ingresos anuales del solicitante/ Renda anual do solicitante:	
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: _____					
Otras informaciones/Otras Informações (15): 					

DATOS DEL ASEGURADO FALLECIDO / DADOS DO SEGURADO FALECIDO:

Fecha de fallecimiento / Data do óbito ____ / ____ / _____

Lugar de fallecimiento / Lugar do óbito (Localidad y País/Localidade e País) _____

Causa del fallecimiento /Causa do óbito :

- Enfermedad común/Doença comun Accidente de trabajo/Acidente de trabalho
 Enfermedad profesional/Doença professional Accidente no laboral/Acidente de qualquer natureza
 Otras causas (Especifique cuáles)/ Outras causas (Especifique quais) _____

¿Era titular de prestación al momento de fallecer?/ Era titular de beneficio no momento de falecer?

 SI NO

¿Había solicitado una prestación?/ Havia solicitado um beneficio?

 SI NO

Tipo de prestación o beneficio / Tipo de beneficio: _____

Fecha/Data ____ / ____ / ____ Entidad otorgante / Entidade concessora: _____

_____ País _____

DATOS RELATIVOS A LOS FAMILIARES DEL ASEGURADO/DADOS RELATIVOS AOS FAMILIARES DO ASEGURADO(16)

Apellidos/ Sobrenomes	Nombre / Nome	Fecha de nacimiento /Data de nascimento DD/MM/AA			Sexo (M/F)		Parentesco	Depende económicamente (SI/NO)		Documento de identificación (tipo y número) /Documento de identificação (tipo e número)	Ingresos anuales/ Rendimento anual	Invalidez (17) (SI/NO)	
										Tipo			
										Número			
										Tipo			
										Número			
										Tipo			
										Número			
										Tipo			
										Número			

V. Datos del apoderado o representante legal/ Dados do procurador ou representante legal (18)

<p>Apellidos y nombre / Sobrenome e nome: _____</p> <p>Tipo y número de documento de identificación / Identificação: _____</p> <p>Dirección/Endereço:</p> <p>Calle/Rua _____ nº _____ Piso/Depto: _____</p> <p>Localidad/Localidade: _____ C.P. /CEP: _____</p> <p>Provincia/Estado/ Departamento/Región _____</p> <p>País _____</p> <p>Nº de teléfono / Nº de Telefone: _____</p> <p>Correo electrónico/E-mail: _____</p>
--

VI Forma de pago / Forma de pagamento

<p>País _____</p> <p>Forma de pago deseada / Forma de pagamento desejada:</p> <p><input type="checkbox"/> Cheque nominal</p> <p><input type="checkbox"/> Transferencia bancaria / Transferencia bancária:</p> <p>BIC/SWIFF _____</p> <p>IBAN _____</p> <p>CCC /CUENTA CORRIENTE O DE AHORRO / POUANÇA</p> <table> <tr> <td><input type="text"/></td> <td>Nº de la entidad/Nº de entidade</td> </tr> <tr> <td><input type="text"/></td> <td>Nº de la agencia/Nº da agência</td> </tr> <tr> <td><input type="text"/></td> <td>Control/Dígito verificador</td> </tr> <tr> <td><input type="text"/></td> <td>Nº de cuenta /Nº da conta</td> </tr> </table> <p>Nombre de la entidad bancaria /Nome da entidade bancária</p> <p>_____</p> <p>Dirección/Endereço:</p> <p>_____</p> <p><input type="checkbox"/> Otros / Outros</p>	<input type="text"/>	Nº de la entidad/Nº de entidade	<input type="text"/>	Nº de la agencia/Nº da agência	<input type="text"/>	Control/Dígito verificador	<input type="text"/>	Nº de cuenta /Nº da conta
<input type="text"/>	Nº de la entidad/Nº de entidade							
<input type="text"/>	Nº de la agencia/Nº da agência							
<input type="text"/>	Control/Dígito verificador							
<input type="text"/>	Nº de cuenta /Nº da conta							

EL SOLICITANTE

- **CERTIFICA** que los datos contenidos en esta solicitud son verdaderos, completos y de su conocimiento /
CERTIFICA que os datos contidos nesta 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), fornecendo a documentação apropriada. O não cumprimento poderá incorrer em crime punível e a obrigação de reembolsar os valores recebidos indevidamente, de acordo com a legislação do Estado competente

SOLO APLICABLE A PARAGUAY (Marque con X si es su caso)

- Solicita el reconocimiento de servicios anteriores a 1974, conforme disposiciones vigentes /
Solicita o reconhecimento de serviços anteriores a 1974, ao abrigo das disposições atuais

- Declara desconocer la existencia de otros derechohabientes en la fecha de esta solicitud y, en caso de presentarse los mismos, autoriza la reliquidación que corresponda y la aplicación de los descuentos que procedan /
Declara desconhecer a existência de outros dependentes na dta deste pedido e, no caso dos mesmos aparecerem, autoriza o pagamento correspondente, com a aplicação de descontos.

Firma del solicitante / Assinatura do solicitante

VII. Institución Competente u Organismo de Enlace receptor de la solicitud / Instituição Competente ou Organismo de Ligação receptor da solicitação (19)

<p>Nombre de la Institución Competente u Organismo de enlace / Nome da Instituição Competente ou Organismo de Ligação:</p> <p>_____</p>	
<p>Dirección/Endereço: _____</p>	
<p>Los datos de identificación del asegurado y sus beneficiarios constan en los documentos tenidos a la vista / Os dados de identificação do asegurado e seus beneficiarios constam nos documentos verificados</p>	
<p>_____</p> <p>Sello y Firma del funcionario/ Carimbo e assinatura do funcionario</p>	<p>_____</p> <p>Lugar y fecha de recepción de la solicitud/ Local e data de recepción do pedido</p>

VIII Organismo de Enlace / Organismo de Ligação

<p>Nombre del Organismo de Enlace / Nome da Organismo de Ligação: _____</p>	
<p>Dirección / Endereço: _____</p>	
<p>_____</p> <p>Sello y Firma Carimbo e assinatura</p>	<p>_____</p> <p>Lugar y fecha Local e data</p>

Instrucciones / instruções

- (1) Anotar la prestación que corresponda: Vejez, Invalidez o Supervivencia /
Indicar o tipo de beneficio correspondente: Velhice, Invalidez ou Pensão por morte.
- (2) Complimentar por la institución u organismo receptor /
A completar pela instituição ou organismo receptor.
- (3) Corresponden a los datos del asegurado y deberán cumplimentarse en todas las solicitudes /
Correspondem aos dados do asegurado e deverão ser completadas em todas as solicitações.
- (7) (14) Soltero/Solteiro. Casado/Casado. Viudo/Viúvo. Divorciado/Divorciado. Separado de hecho/Separado de fato. Unión de hecho/União Estável. Concubinato/Concubinato
- (8) (13) Informaciones complementarias que puedan facilitar la tramitación (dirección en el país de origen, otros documentos de identidad o afiliación...) /
Informações adicionais que podem facilitar a tramitação (endereço no país de origem, outra identificação ou afiliação ...)
- (9) 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 das empresas se conhecidos.
- (10) En las solicitudes de supervivencia, los derechohabientes del asegurado fallecido /
Nas solicitações de pensão por morte, os dependentes do asegurado falecido.
- (16) Hijos, padres u otros derechohabientes del asegurado que tengan derecho /
Filhos, pais ou outros dependentes do asegurado que tenham direito.
- (17) En caso de solicitar prestación de orfandad por invalidez permanente /
No caso do familiar ter invalidez permanente.
- (18) Adjuntar documento de apoderamiento /
Anexar documento de procuração
- (19) A rellenar por la Institución receptora /
A preencher pela Instituição receptora.

Instrucciones particulares / instruções particulares:

- (4) (11) Para Bolivia, apellido de casada cuando corresponda /
Para a Bolivia, sobrenome de casada, se aplicável
- (5)(12) Para Bolivia y Chile, apellido paterno y materno /
Para a Bolivia e Chile, sobrenome do pai e da mãe
- (6) (13) Para Chile y Uruguay, no procede completar /
Para o Chile e Uruguay, não completar
- (8) (15) Para Brasil, en el apartado "otras informaciones" se debe informar el número de registro de Personas Físicas – CPF /
Para o Brasil, em "outras informações" deverá ser informado também o números do Cadastro de Pessoas Físicas – CPF
Para Bolivia, informar número de documento de identificación y dirección en Bolivia, si tiene/
Para Bolivia, informar o número do documento de identificação e endereço na Bolivia, si você tiver
- (16) Para Bolivia, listar todos los hijos, independientemente de la edad/
Para o Bolivia, a lista de todas as crianças, independentemente da idade