III REUNIÓN DE LA COMISIÓN DE GESTIÓN DEL CONVENIO MULTILATERAL IBEROAMERICANO DE SEGURIDAD SOCIAL

III REUNIÃO DA COMISSÃO DE GESTAO DA CONVENÇÃO MULTILATERAL IBEROAMERICANA DE SEGURANÇA SOCIAL

ACTA DE LA III REUNIÓN DE LA COMISIÓN DE GESTIÓN DEL CONVENIO MULTILATERAL IBEROAMERICANO DE SEGURIDAD SOCIAL

ATA DA III REUNIÃO DA COMISSÃO DE GESTAO DA CONVENÇÃO MULTILATERAL IBEROAMERICANA DE SEGURANÇA SOCIAL

Los integrantes de la Comisión de Gestión, constituida por el Comité Técnico Administrativo del Convenio Multilateral Iberoamericano de Seguridad Social, con la participación de los representantes de la OISS, se reúnen en la ciudad de Santiago de Chile, el día 8 de julio de 2015, con el siguiente orden del día:

Os integrantes da Comissão de Gestão, constituida pelo Comité Técnico Administrativo da Convenção Multilateral Iberoamericana de Segurança Social, com a participação dos representantes da OISS, se reúnem na cidade de Santiago de Chile, em 8 de julho de 2015, com a seguinte ordem do dia, a saber:

1. Informe de la OISS sobre el desarrollo de los acuerdos adoptados en la anterior reunión de la Comisión (Brasilia, 10 de diciembre de 2014).
1. Relatório da OISS sobre o desenvolvimento das acordos adotados na reunião anterior da Comissão (Brasilia, 10 de dezembro de 2014).

2. Debate sobre los flujos operacionales con el procesamiento electrónico de datos (propuesta de Brasil en la reunión de 10 de diciembre de 2014)
   a. Definición de rutinas en las situaciones de petición de aplazamiento de la solicitud en un país en particular.
   b. El flujo operativo en el caso de los países que no utilicen el sistema en un primer momento.
   c. Finalización de los procesos en el sistema para que no sea permitida la cancelación remota.
2. Debate sobre os fluxos operacionais relacionados com o processamento electrônico de dados (proposto pelo Brasil na reunião em 10 de dezembro de 2014)
   a. Definição de rotinas nas situaçoes de petição de adiamento da solicitação em determinado país.
   b. O fluxo operacional no caso dos países que não utilizem o sistema em um primeiro momento.
   c. Finalização dos processos no sistema para que não seja permitido o cancelamento remoto.

3. Actualización de la "Guía de Tramitación de Prestaciones-Convenio Multilateral" (acorde a sugerencias).
3. Atualização do "Guia de Tramitação de Prestaçoes da Convenção Multilateral" (de acordo com sugestões).

4. Formulario IBERO-11, "Solicitud de información sobre períodos de seguro acreditados" (Propuesta de España).
4. Formulário IBERO-11, "Solicitação de informações sobre os períodos de seguro" (Proposta da Espanha).

5. Informe sobre foro de debate.
5. Relatório sobre fórum de discussão.

6. Otros asuntos.
6. Outros assuntos.

Preside la reunión de la Comisión la Sra. Ingrid Peña Fuentes, Analista del Departamento de Servicios al Usuario de la Superintendencia de Pensiones de Chile.
Preside a reunião da Comissão a Sra. Ingrid Peña Fuentes, Analista de Departamento do Servicios al Usuario da Superintendencia de Pensiones do Chile.

Participaron de la presente reunión los siguientes representantes de los países:
Participaram da presente reunião os seguintes representantes dos países:

Nombres de los Miembros de las Comisión. de Gestión / Nomes dos Membros das Comissão de Gestores	País
Patricia Viviana Mirabal Fanola	Bolivia
Cynthia Saravia Durnik	Bolivia
Vladimir Gobbi Junior	Brasil
Ingrid Peña Fuentes	Chile
Lilian Bravo Guajardo	Chile
Sergio Gallardo Vera	Chile
Carlos Cabral	Paraguay
Paulina Proaño	Ecuador
Silvia Pierri	Uruguay
Hugo Cifuentes	Chile

Inició la reunión dando la bienvenida a cada uno de los participantes, y se resumió brevemente del acta de la comisión de la reunión realizada en Brasilia el 10 de diciembre de 2014.
Iniciou a reunião dando as boas-vindas a cada um dos participantes e resumiu brevemente a ata da comissão da reunião realizada em Brasilia em 10 de dezembro de 2014.

Luego se trató sobre el punto dos de la agenda "Debate sobre los flujos operacionales con el procesamiento electrónico de datos (propuesta de Brasil en la reunión de 10 de diciembre de

2014)", que este tema se tratará en una próxima reunión una vez que se conozca el sistema electrónico de datos que acordará el Comité Técnico Administrativo; sin perjuicio de que las partes puedan implementar Acuerdos Bilaterales de transmisión electrónica de datos (Ej: Chile Uruguay).
Logo se tratou sobre o ítem dois da agenda "Debate sobre os fluxos operacionais relacionados com o processamento electrônico de dados (proposto pelo Brasil na reunião em 10 de dezembro de 2014), concluindo que este tema será tratado em uma próxima reunião uma vez que se conheça a sistema eletronico de dados que acordará o Comité Técnico Administrativo; sem prejuízo de que as partes possam implementar Acordos Bilaterais de trasmissão eletronica de dados (Ex.: Chile Uruguai).

Luego se pasó al tercer punto "Actualización de la "Guía de Tramitación de Prestaciones-Convenio Multilateral", (acorde a sugerencias)."
Em seguida, mudou-se para o terceiro ponto "Atualização do "Guia de Tramitação de Prestaçoes da Convenção Multilateral" (de acordo com sugestões)."

La Sra. Ingrid Peña solicita a los participantes si tienen alguna observación sobre este documento. Al respecto no hay observación sobre este tema.
A Sra. Ingrid Peña solicitou aos participantes se eles têm quaisquer comentários sobre este documento. Não houveram observaçoes sobre o tema.

Posteriormente, se abordó el cuarto punto relacionado con el Formulario IBERO-11, "Solicitud de información sobre períodos de seguro acreditados", propuesto por España.
Posteriormente, se abordou o quarto item relacionado com o formulário IBERO-11, "Solicitação de informações sobre os períodos de seguro creditados" (Proposta de Espanha).

Habiéndose escuchado la fundamentación de la propuesta sobre el formulario IBERO-11 por parte de don Francisco Jacob, la comisión propone requerir esta información de Periodos de Seguros, utilizando el formulario IBERO–1 conforme al adjunto. Asimismo, se solicita a España aclarar lo relacionado con el punto V. "Devolución de cuotas/saldos" del formulario IBERO-11.
Havendo-se escutado a fundamentacao da proposta sobre o formulario IBERO-11 por prte de Don Francisco Jacob , a comissão propor requerer esta informacão de Períodos de seguros utilizando o formulario IBERO-1 conforme anexo. Mesmo assim solicita-se a Espanha aclarar o ítem V "Devolucão de cotas/saldos" do formulario IBERO-11.

Enseguida se trató sobre el quinto punto "Informe sobre foro de debate". La Comisión considera conveniente contar con este foro para intercambiar sugerencias sobre la aplicación del Convenio, para lo cual se propone que la OISS facilite las claves pertinentes para la Comisión de Gestión.
Em seguida, se tratou sobre o quinto tema "Relatório sobre fórum de discussão." A Comissão considerou conveniente contar com este fórum para troca de sugestões sobre a implementação da Convenção, para o qual é sugerido que a OISS fornecer as chaves relevantes para a Comissão de Gestão.

Luego se trató el último punto: "Otros Asuntos". En esta oportunidad Chile y Ecuador plantean la necesidad de que se especifique en los formularios IBERO-1: "Formulario de Solicitud" e IBERO 2: "Formulario de Enlace" , el número de identificación del asegurado en el país de destino. En el caso de Chile la Cedula de Identidad o RUT/RUN; en el caso de Ecuador Cedula de Ciudadanía.

Em seguida tratou-se do último ponto: "Outros Assuntos". Nesta oportunidade Chile e Equador pleiteiam a necessidade de que se especifique nos formulários IBERO-1 e IBERO-2, o número de identificacão do segurado no país de destino. No caso do Chile a Cedulo de Identidad o RUT/RUN, no caso do Equador Cedula de Ciudadanía.

También Chile, Ecuador y Bolivia manifiestan la necesidad de incorporar una nota en el formulario IBERO-1: "Formulario de Solicitud", para que el solicitante de pensión de vejez o invalidez declare a todos los potenciales beneficiarios de pensión porque son variables que inciden en el cálculo de la pensión. Asimismo, Uruguay propone completar el tipo de actividad (dependiente/independiente).
Chile, Equador e Bolívia também manifestaram a necessidade de incorporar uma nota no formulario IBERO-1, para que o solicitante de pensão por velhicie ou invalidez declare todos os potenciais beneficiários de pensão porque são variáveis que incidem no cálculo da pensão. O Uruguai propoe também completar o tipo de actividade (dependente/independente)

Estas observaciones fueron aceptadas por las partes y se proponen los formularios adjuntos.
Estas observacoes foram aceitas por todas as partes e se propoe os formulários anexos.

Por otra parte, se consulta sobre qué países han remitido el resultado de la planilla de datos obligatorios a completar para los formularios IBERO-1; IBERO-2 e IBERO-8; proponiendo que los países, que no hubieran hecho conocer sus observaciones a la OISS, las efectuaran hasta el día 30 de septiembre del presente año.
Também se consultou sobre que países emitiram o resultado da planilha de dados obrigatórios a completar para os formulários IBERO-1, IBERO-2 e IBERO-8, propondo que os países que não encaminharam suas manifestacoes a OISS, as efetuem até o dia 30 de setembro do presente ano.

Por último, Bolivia propone que exista en las próximas reuniones la posibilidad de exponer particularidades de cada país sobre los requisitos y cálculos de las pensiones en sus respectivos sistemas previsionales. De lo cual, todos los integrantes de la Comisión estuvieron de acuerdo, y además, surge la idea de hacer este intercambio de información en el foro del comité y/o establecer videoconferencias entre las partes, dentro del mes siguiente a la fecha en que se habilite el foro del comité de gestión.
Por fim, Bolívia propoe que exista nas próximas reunioes a possibilidade de expor as particularidades de cada país sobre os requisitos e cálculos das pensoes em seus respectivos sistemas previdenciários. Do qual todos os integrantes da Comissão estiveram de acordo e além disso surgiu a idéia de fazer este intercambio de informacão no fórum do comité e/ou realizar videoconferencia entre as partes, dentro do mes seguinte a data em que se habilite o fórum do comité de gestão.

Para la próxima reunión del comité de gestión cada país se comprometió a traer el resultado de la revisión del resto de los formularios que se encuentran en aplicación, referente a analizar si corresponde incorporar las notas incluidas en los formularios IBERO-1 e IBERO-2, que constan en la presente Acta.
Para a próxima reunião do comité de gestão cada país de comprometeu a trazer o resultado da revisão do resto dos formulários que se encontram em vigor, referente a análise se corresponde incorporar as notas incluídas nos formulários IBERO-1 e IBERO-2, que constam na presente Ata.

Con las deliberaciones realizadas la reunión fue finalizada.

Com as deliberações realizadas a reunião foi encerrada.

Santiago de Chile, 8 de julio de 2015.

Santiago de Chile, 8 de julho de 2015.

BOLIVIA

BRASIL

CHILE

ECUADOR

PARAGUAY

URUGUAY

OISS

IBERO - 1

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

FORMULARIO DE SOLICITUD
FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO

☐ VEJEZ/VELHICIE ☐ INVALIDEZ ☐ SUPERVIVENCIA/PENSÃO POR MORTE

☐ CERTIFICACIÓN DE PERÍODOS DE SEGUROS

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 beneficio

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 / 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 do nascimento _____/ _____/ _____	Sexo : ☐ M ☐ 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 expediçao	País de expedición/ País de expediçao

Nº de afiliación / Inscrição Nº de Seguridad Social / Nº Segurança Social (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 / Telefone: _____ Correo electrónico/E-mail: _____

Otras informaciones/Outras Informaçoes (8):

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

Periodos de seguro de contribuiçao ou de emprego indicados pelo solicitante

Períodos de seguro, cotización o empleo/ Periodo de seguro, de contribuiçao ou de emprego							Régimen de contribución o actividad/ Regime de contribuição ou actividade(9)	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 segurado 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 : ☐ M ☐ F	Lugar de nacimiento/ Local do nascimento
Estado/Provincia/Departamento/ Región	País	Nacionalidad / Nacionalidade
Documento de identificación/ Identificação:	Tipo / Número	Fecha de expedición/ Data de expediçao / País de expedición / País de expediçao
Nº de afiliación / Inscrição Nº de Seguridad Social / Nº Segurança Social (13)	Estado Civil (14):	Fecha de matrimonio o unión/Data de casal ou união / Fecha de separación judicial o divorcio/Data da separação judicial ou de divorcio
Parentesco con el asegurado / Parentesco como segurado:	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 / Telefone: _____ Correo electrónico/E-mail: _____

Otras informaciones/Outras Informaçoes (15):

DATOS DEL ASEGURADO FALLECIDO / DADOS DO SEGURADO FALECIDO:

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

Lugar de fallecimiento / Lugar do óbito (Localidad y 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 ____/ _____/ _____ 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)	Número de identificación/ Número identificação	Ingresos anuales/ Rendimento anual	Invalidez (17) (SI/NO)

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

IBERO - 1

Apellidos y nombre / Sobrenome e nome: _____

Tipo y número de documento de identificación / Identificação: _____

Dirección/Endereço:

Calle/Rua_____ nº_____ Piso/Depto: _____

Localidad/Localidade:_____C.P. /CEP:_____

Provincia/Estado/ Departamento/Región _____

País _____

Nº de teléfono / Telefone: _____ Correo electrónico/E-mail: _____

VI Forma de pago / Forma de pagamento

País _____

Forma de pago deseada / Forma de pagamento desejada:

☐ Cheque nominal

☐ Transferencia bancaria / Transferencia bancária:

BIC/SWIFF _____

IBAN_ ___ _____

CCC /CUENTA CORRIENTE O DE AHORRO / POUPANÇA

[ ] Nº de la entidad/Nº de entidade

[ ] Nº de la agencia/Nº da agência

[ ] Control/Dígito verificador

[ ] Nº de cuenta /Nº conta

Nombre de la entidad bancaria /Nome da entidade bancária

_____

Dirección/*Endereço:*

_____

☐ Otros / Outros

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 conhecimiento

- *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

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 da pré-1974 de serviço, 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 a la aplicación de los descuentos que procedan /
Declara ignoram a existência de beneficiar outra, na data deste pedido e, no caso de o mesmo, que autoriza o recalculo que corresponde à aplicação de descontos que vêm

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)

Nombre de la Institución Competente u Organismo de enlace /
Nome da Instituição Competente ou Organismo de Ligação:

_____

Dirección/*Endereço:* _____

Los datos de identificación del asegurado y sus beneficiarios constan en los documentos tenidos a la vista /

Os dados de identificação do segurado e seus beneficiarios constam em os documentos verificados

_____	_____
Sello y Firma del funcionario/ **Carimbo e assinatura do funcionario**	**Lugar y fecha de recepción de la solicitud/** **Local e data de recepção do pedido**

VIII Organismo de Enlace / Organismo de Ligação

Nombre del Organismo de Enlace / Nome da Organismo de Ligação: _____

Dirección / *Endereço:* _____

_____	_____
Sello y Firma **Carimbo e assinatura**	**Lugar y fecha** **Local e data**

Instrucciones / instruções:

(1) Anotar la prestación que corresponda: Vejez, Invalidez o Supervivencia /
Indicar o tipo de beneficio que corresponda: Velhice, Invalidez ou Pensão por morte.

(2) Cumplimentar por la institución u organismo receptor /
A completar pela instituiçao ou organismo receptor.

(3) Corresponden a los datos del asegurado y deberán cumplimentarse en todas las solicitudes /
Correspondem aos dados do segurado e deverão ser completadas em todas as solicitações.

(7) (14) Soltero/Solteiro. Casado/Casado. Viudo/Viúvo. Divorciado/Divorciado. Separado de hecho/Separado. Unión de hecho/União Estável. Concubinato/Unión concubinaria

(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 identificaçao ou afiliação ...)

(9) Estos campos deberán proporcionar información sobre el empleador y la calidad del asegurado (independiente/dependiente), obligatoriamente. 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

(10) En las solicitudes de supervivencia, los derechohabientes del asegurado fallecido /
Nas solicitações de sobrevivência, os derechohabientes do assegurado falecido.

(16) Estos datos deberán ser completados de igual forma para solicitudes de vejez e invalidez.
Hijos, padres u otros derechohabientes del asegurado que tengan derecho /
Filhos, pais ou outros derechohabientes do segurado que tenham direito.

(17) En caso de solicitar prestación de orfandad por invalidez permanente /
No caso do pedido de benefício órfão por incapacidade 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 particular:

(4) (11) Para Bolivia, apellido de casada cuando corresponda /
Para o Bolivia, sobrenome de casada, se aplicável

(5)(12) Para Bolivia, apellido paterno y materno /
Para o Bolivia, 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 Brasil, no "outras informaçoes" deberá ser informado também o números do Cadastro de Pessoas Físicas – CPF
Para Bolivia, informar número de identificación, nº de afiliación y dirección en Bolivia /
Para Bolivia, informar o número de identificaçao, nº inscrição e endereço na Bolivia.
Para Chile, informar el número de la cédula de identidad chilena o RUT o RUN del trabajador.
Para Ecuador informa el número de Cedula de Ciudadania

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 enlace, 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 efectua a tramitação do pedido

Nombre del Organismo / Nome do Organismo _____

Dirección / Endereco _____

Localidad/Localidade_____ **País**_____

Teléfono / Telefone: _____ **Correo electrónico / E-mail:** _____

Prestación/Beneficio: _____

Fecha de recepción de la solicitud /Data do requerimento __/__/____

Nº de expediente ou referencia _____

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

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 : ☐ M ☐ F	Lugar de nacimiento/ Local de nascimento
Estado/Provincia/Departamento/Región	País	Nacionalidad / Nacionalidade

Documento de identificación / Documento de identificação:	Tipo	Número	Fecha de expedición/ Data de expediçao	País de expedición/País de expediçao

Nº de afiliación/Inscrição Nº de Seguridad Social/Nº Segurança Social (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 Informaçoes (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 : ☐ M ☐ 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 expediçao	País de expedición/País de expediçao

Nº de afiliación/Inscrição Nº de Seguridad Social/Nº Segurança Social (9)	Profesión o actividad/ Profissão ou atividade	Estado civil (10)

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 Informaçoes (11):

V 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/ Periodo 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 .....

¿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 reunen as condições requeridas para aquisição do direito à prestação considerando unicamente os períodos de seguro de contribuição ou de emprego cumpridos nesse Estado Parte?..... ☐ 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/Sobre morte presente data: Años..... Meses..... Días.....

Sello / Carimbo

Firma / Assinatura

_____ _____

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 cotribuição ou de emprego efetuados ao abrigo da legislação da Instituição Competente do Estado Parte destinatário

Períodos de seguro, cotización o empleo/ Periodo de seguro, de contribuição ou de emprego						Régimen de contribución o actividad / Regime de contribuição ou actividade	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 reunem as condições requeridas para aquisição do direito à prestação considerando unicamente os períodos de seguro de contribuição ou de emprego cumpridos nesse Estado Parte? ..... ☐ 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/Sobre morte presente data: Años..... Meses..... Días.....

¿Se reúnen las condiciones requeridas en ese Estado Parte para tener derecho a prestación por totalización de periodos de seguro, cotización o empleo? /¿Se reunen 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/Sobre morte presente data: Años..... Meses..... Días.....

Sello / Carimbo

Firma / Assinatura

_____ _____

_____
Organismo de Enlace o Institución Competente del Estado Parte destinatario /
_____
Organismo de Ligação ou Instituição Competentedo Estado Parte destinatário.

Denominación / Denominação

Dirección / Endereco

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. Unión concubinaria.

(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 / Se for acompanhada de retificação dos períodos de seguro de 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) /

Pensões de invalidez: No caso de pensões de invalidez, debe-se anexar ao formulário de ligação o formulário Ibero 8 específico no qual conste a informação sobre o estado de saúde do trabalhador, as causas da incapacidade e, se for caso disso, a possibilidade razoável de recuperação da capacidade de trabalho (Art. 20 Acordo de aplicação convênio multilateral Ibero-americano de Segurança Social).

Instrucciones particulares/instruções particular:

(1) (7) Para Bolivia, apellido de casada cuando corresponda/ Para o Bolivia, sobrenome de casada, se aplicável

(2) (8) Para Bolivia, apellido paterno y materno / Para o Bolivia, 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 informaçoes" deverá ser informado também o número do Cadastro de Pessoas Fisicas – CPF

Para Bolivia, informar número de identificación, nº de afiliación y dirección en Bolivia / Para Bolivia, informar número de identificaçao, nº inscrição e endereço na Bolivia.

Para Chile, informar el número de la cédula de identidad chilena o RUT o RUN del trabajador

Para Ecuador informar el número de Cedula de Ciudadanía