AUTORIDAD DE FISCALIZACIÓN Y CONTROL DE PENSIONES Y SEGUROS

ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA

RESOLUCIÓN ADMINISTRATIVA APS/DPC/DJ/N° 156-2014
La Paz, 27 FEB 2014

APRUEBA LOS FORMULARIOS PARA LA APLICACIÓN DEL CONVENIO MULTILATERAL IBEROAMERICANO DE SEGURIDAD SOCIAL

VISTOS:

Dentro del proceso administrativo de regulación correspondiente al Sistema Integral de Pensiones, el Informe INF/APS/DPC/PB/N° 019 2014 de 23 de enero de 2014, el Informe Legal APS/DJ/88/2014 de 12 de febrero de 2014 y demás documentación que ver convino y se tuvo presente.

CONSIDERANDO:

Que la Constitución Política del Estado promulgada el 07 de febrero de 2009, en su artículo 45, señala que la dirección, control y administración de la seguridad social, corresponde al Estado; la cual se regirá bajo las leyes y los principios de Universalidad, Integralidad, Equidad, Solidaridad, Unidad de Gestión, Economía, Oportunidad, Interculturalidad y Eficacia.

Que el Decreto Supremo N° 29894 de 07 de febrero de 2009, determina la estructura organizativa del Órgano Ejecutivo del Estado Plurinacional de Bolivia, en el marco de lo establecido en la Constitución Política del Estado.

Que conforme el Decreto Supremo N° 0071 de 09 de abril de 2009, se crea la ex Autoridad de Fiscalización y Control Social de Pensiones – AP como una institución que fiscaliza, controla, supervisa y regula la Seguridad Social de largo plazo, considerando la normativa de pensiones, Ley N° 3791 de 28 de noviembre de 2007 de la Renta Universal de Vejez; y sus reglamentos en tanto no contradigan lo dispuesto en la Constitución Política del Estado Plurinacional de Bolivia.

Que de acuerdo al artículo 167 de la Ley N° 065 de 10 de diciembre de 2010 de Pensiones, se determina que la Autoridad de Fiscalización y Control Social de Pensiones - AP se denominará en adelante Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros – APS y asumirá las atribuciones, competencias, derechos y obligaciones en materia de seguros de la Autoridad de Supervisión del Sistema Financiero – ASFI.

Que el artículo 168 de la Ley de Pensiones establece las funciones y atribuciones asignadas al Organismo de Fiscalización en materia de pensiones y seguros, entre las que se encuentran, fiscalizar, supervisar, regular, controlar, inspeccionar y sancionar a la Gestora Pública de la Seguridad Social de Largo Plazo, Entidad Pública de Seguros, Entidades Aseguradoras u otras entidades bajo su jurisdicción,

Calle Reyes Ortiz N° 73. Esq. Federico Zuazo, Torres Gundlach, Torre Este
Teléfono: (591- 2) 2331212 Fax: (591-2) 2312223 Casilla Postal: 10794 La Paz - Bolivia
Correo electrónico: contactenos@aps.gob.bo Página Web: www.aps.gob.bo

de acuerdo a la Ley de Pensiones, Ley de Seguros y los reglamentos correspondientes.

CONSIDERANDO:

Que la Asamblea Legislativa Plurinacional, en uso de sus atribuciones establecidas por el numeral 14 del artículo 158 de la Constitución Política del Estado, mediante Ley N° 065 de 10 de diciembre de 2010 de Pensiones, aprueba el "Convenio Multilateral Iberoamericano de Seguridad Social de Largo Plazo".

Que el Convenio Multilateral Iberoamericano de Seguridad Social fue adoptado por la XVII Cumbre Iberoamericana de Jefes de Estado en Santiago de Chile el 10 de noviembre de 2007, y suscrito por catorce países (Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, Costa Rica, Chile, Ecuador, El Salvador, España, Paraguay, Perú, Portugal, Uruguay y Venezuela) y, posteriormente ratificado por ocho países, que han depositado a través de la Organización Iberoamericana de Seguridad Social (OISS) el instrumento de ratificación en la Secretaria General Iberoamericana, entre los que se encuentra Bolivia.

Que el artículo 26 del Convenio Multilateral Iberoamericano de Seguridad Social establece que las normas de aplicación se fijarán en el Acuerdo de Aplicación; que una vez suscrito conforme lo dispuesto por el artículo 35 del Convenio, establece que será depositado ante la Secretaria General Iberoamericana a través de la OISS.

Que el artículo 196 de la Ley N° 065 de 10 de diciembre de 2010 de Pensiones, aprueba el Convenio Multilateral Iberoamericano de Seguridad Social suscrito en fecha 10 de noviembre de 2007.

Que en ese contexto en fecha 18 de abril de 2011, el Ministro de Relaciones Exteriores, en representación del Estado Plurinacional de Bolivia, firmó el Acuerdo de Aplicación del Convenio Multilateral Iberoamericano de Seguridad Social; y, en aplicación al artículo 35 del Convenio, fue depositado ante la Secretaria General Iberoamericana a través de la OISS.

Que la suscripción de dicho documento permite la aplicación del Convenio Multilateral Iberoamericano de Seguridad Social, pero que también es necesario establecer un procedimiento para efectivizar la implementación del Convenio Multilateral Iberoamericano de Seguridad Social y el Acuerdo de Aplicación del Convenio Multilateral Iberoamericano de Seguridad Social.

Que de acuerdo al Convenio suscrito, el Organismo de Enlace tendrá por objetivo facilitar la aplicación del Convenio y del Acuerdo, informar las propuestas de formularios de enlace y su modificación a afectos de la aplicación del Convenio y

Calle Reyes Ortiz N° 73. Esq. Federico Zuazo, Torres Gundlach, Torre Este
Teléfono: (591- 2) 2331212 Fax: (591-2) 2312223 Casilla Postal: 10794 La Paz - Bolivia
Correo electrónico: contactenos@aps.gob.bo Página Web: www.aps.gob.bo

adoptar las medidas necesarias para lograr su máxima agilización y simplificación Administrativa.

Que en Bolivia la Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros – APS se constituye en el Organismo de Enlace.

Que en fecha 18 de abril de 2011, el Estado Plurinacional de Bolivia ha suscrito el Acuerdo de Aplicación del Convenio Multilateral Iberoamericano de Seguridad Social.

Que mediante Resolución Administrativa APS/DJ/DPC/N° 133 de 01 de marzo de 2012 se aprueba el Procedimiento para Certificación de Aportes para el Exterior, destinado a atender las solicitudes de certificación de aportes recibidas en el marco del Convenio Multilateral Iberoamericano de Seguridad Social.

Que el Comité Técnico Administrativo del Convenio Multilateral Iberoamericano de Seguridad Social (CMISS) ha aprobado siete (7) Formularios, para su implementación y aplicación en el marco del mencionado Convenio.

Que es necesario que los Formularios arriba mencionados sean puestos en vigencia oficialmente en el Sistema Integral de Pensiones, por lo que deben ser aprobados mediante Resolución Administrativa de la Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros - APS como Organismo de Enlace.

CONSIDERANDO:

Que mediante Resolución Suprema N° 05411 de 30 de marzo de 2011, el Lic. Iván Orlando Rojas Yanguas, ha sido designado como Director Ejecutivo de la Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros – APS.

POR TANTO:

EL DIRECTOR EJECUTIVO DE LA AUTORIDAD DE FISCALIZACIÓN Y CONTROL DE PENSIONES Y SEGUROS – APS, EN USO DE LAS ATRIBUCIONES CONFERIDAS POR LEY,

RESUELVE:

PRIMERO.- Aprobar la "Guía para el llenado de los Formularios Ibero-1 al Ibero-7", el "Procedimiento para determinar Prestaciones Solidarias de Vejez y Pensiones por Muerte derivadas de ésta cuando el Asegurado tiene aportes en otro Estado parte del Convenio Multilateral Iberoamericano de Seguridad Social" y los Formularios en Anexos detallados a continuación, que forman parte inseparable de la presente Resolución Administrativa:

Calle Reyes Ortiz N° 73. Esq. Federico Zuazo, Torres Gundlach, Torre Este
Teléfono: (591- 2) 2331212 Fax: (591-2) 2312223 Casilla Postal: 10794 La Paz - Bolivia
Correo electrónico: contactenos@aps.gob.bo Página Web: www.aps.gob.bo

- Anexo 1: Guía para el llenado de los Formularios Ibero-1 al Ibero-7 en el marco del Convenio Multilateral Iberoamericano de Seguridad Social.
- Anexo 2: Procedimiento para el otorgamiento de Prestaciones Solidarias de Vejez y Pensiones por Muerte derivadas de ésta cuando el Asegurado tiene aportes en otro Estado parte del Convenio Multilateral Iberoamericano de Seguridad Social.
- Anexo 3: Formulario de Declaración de Conformidad para Asegurados.
- Anexo 4: Formulario de Declaración de Conformidad para Derechohabientes.
- Anexo 5: Formulario de Solicitud (Ibero-1).
- Anexo 6: Formulario de Enlace (Ibero-2).
- Anexo 7: Formulario de Certificado de Desplazamiento Temporal para trabajadores dependientes (Ibero-3).
- Anexo 8: Formulario de Certificado de Desplazamiento Temporal para trabajadores independientes (Ibero-4).
- Anexo 9: Formulario de Certificado de prorroga de Desplazamiento Temporal para trabajadores dependientes (Ibero-5).
- Anexo 10: Formulario de Certificado de Opción sobre Legislación Aplicable para personal de Misiones Diplomáticas y Oficinas Consulares (Ibero-6).
- Anexo 11: Formulario de Certificado de Opción sobre Legislación Aplicable para personal de Misiones de Cooperación (Ibero-7).

SEGUNDO.- Se dejan sin efecto los Anexos 1, 2 y 3 de la Resolución Administrativa APS/DPC/N° 861 de 12 de noviembre de 2012 que aprueban la Guía para el llenado de los formularios FE-1 y FS-1, así como los formularios FE-1 y FS-1 respectivamente.

TERCERO.- Las disposiciones establecidas en la presente Resolución Administrativa entrarán en vigencia a partir de la notificación con la presente Resolución Administrativa.

Regístrese, comuníquese y archívese.

J. Antonio Caballero R. V°B°

Richard Silva G.

Lic. Iván Orlando Rojas Yanguas
DIRECTOR EJECUTIVO
Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros

IRY/ACR/JMQ/RSG/GC/CS

Calle Reyes Ortiz N° 73. Esq. Federico Zuazo, Torres Gundlach, Torre Este
Teléfono: (591- 2) 2331212 Fax: (591-2) 2312223 Casilla Postal: 10794 La Paz - Bolivia
Correo electrónico: contactenos@aps.gob.bo Página Web: www.aps.gob.bo

AUTORIDAD DE FISCALIZACIÓN Y CONTROL
DE PENSIONES Y SEGUROS - APS

En la Ciudad de LA PAZ a Horas 16 20 del día 06-
de MARZO de 2014 notifiqué con RESOLUCIÓN
ADMINISTRATIVA Nº 156-2014- de
fecha 27-FEB-2014 emitida por la Autoridad de Fiscalización y Control de
Pensiones y Seguros a FUTURO DE BOLIVIA S.A. AFP.
a través de su
REPRESENTANTE LEGAL

FUTURO DE BOLIVIA S.A.
RECEPCION
06 MAR 2014
RECIBIDO
FIRMA: HORA: 04:20

AUTORIDAD DE FISCALIZACIÓN Y CONTROL
DE PENSIONES Y SEGUROS - APS

En la Ciudad de LA PAZ a Horas 16.30 del día 06-
de MARZO de 2014 notifiqué con RESOLUCIÓN
ADMINISTRATIVA Nº 156-2014- de
fecha 27-FEB-2014 emitida por la Autoridad de Fiscalización y Control de
Pensiones y Seguros a BBVA PREVISIÓN AFP S.A.
a través de su
REPRESENTANTE LEGAL

06 MAR 2014
REGIONAL LA PAZ

H. Nelson Jurado Carrasco
NOTIFICADOR
Autoridad de Fiscalización y Control
de Pensiones y Seguros - APS

ANEXO 1

GUÍA PARA EL LLENADO DE LOS FORMULARIOS IBERO-1 AL IBERO-7 EN EL MARCO DEL CONVENIO MULTILATERAL IBEROAMERICANO DE SEGURIDAD SOCIAL

CAPÍTULO I
OBJETO Y AMBITO DE APLICACIÓN

ARTÍCULO 1.- (OBJETO). La presente Guía tiene por objeto establecer el procedimiento para el llenado de los Formularios Ibero-1 al Ibero-7 en el marco del Convenio Multilateral Iberoamericano de Seguridad Social.

ARTÍCULO 2.- (ÁMBITO DE APLICACIÓN). I. La aplicación de los Formularios Ibero-1 al Ibero-7 corresponderá conforme a lo señalado en los parágrafos siguientes.

II. Los Formularios Ibero-1 e Ibero-2 son de uso obligatorio para los Asegurados y Derechohabientes de Asegurados al Sistema Integral de Pensiones que tengan aportes efectuados en otro(s) Estado(s) Parte del Convenio Multilateral Iberoamericano de Seguridad Social, que:

a) Suscriban un Formulario de Recepción de Trámite de Vejez/Solidarias de Vejez o Pensión por Muerte derivada de éstas.
b) Tramiten una Pensión de Vejez, Invalidez o Muerte en otro(s) Estado(s) Parte que no sea Bolivia.

III. Las personas que no siendo Asegurados al Sistema Integral de Pensiones que radican en Bolivia y hubieran efectuado aportes a la Seguridad Social de Largo Plazo de uno o más Estados Parte del Convenio Multilateral Iberoamericano de Seguridad Social (CMISS), que quieran solicitar una Pensión de Vejez, de Invalidez o por Muerte en otro(s) Estado(s) Parte deberán suscribir los Formularios Ibero-1 e Ibero-2.

IV. Los Asegurados dependientes e independientes que se desplacen a otro Estado Parte para realizar trabajos temporales que decidan continuar efectuando sus Contribuciones al SIP, y quedar exentos de Contribuir en el otro Estado parte donde desarrollen su trabajo, deberán suscribir el Formulario Ibero-3 o Ibero-4 según corresponda. El Formulario Ibero-5 deberá ser llenado y suscrito por Asegurados dependientes que hubieran suscrito un Formulario Ibero-3 y quieran solicitar una prórroga de plazo.

V. Los Formularios Ibero-6 e Ibero-7 están destinados a personal de Misiones Diplomáticas y Oficinas Consulares y de Misiones de Cooperación respectivamente,

Calle Reyes Ortiz N° 73. Esq. Federico Zuazo, Torres Gundlach, Torre Este
Teléfono: (591- 2) 2331212 Fax: (591-2) 2312223 Casilla Postal: 10794 La Paz - Bolivia
Correo electrónico: contactenos@aps.gob.bo Página Web: www.aps.gob.bo

que no deseen contribuir al SIP, y siempre que conforme a normativa vigente les correspondería efectuar Contribuciones al SIP.

CAPÍTULO II
LLENADO Y ENVÍO DE LOS FORMULARIOS

ARTÍCULO 3.- (LLENADO DE LOS FORMULARIOS). I. Para propósitos del CMISS, las AFP son la Institución Competente del país, por lo que los Formularios Ibero-1 al Ibero-7 deberán estar disponibles en medio magnético y físico en las AFP y deberán ser llenados y tramitados por la AFP donde el Asegurado se encuentra registrado, o por la AFP a la que acuda el trabajador en caso de no contar con registro en el SIP.

II. Los Formularios debidamente llenados deberán ser remitidos a la Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros (APS) para la suscripción por parte de ésta entidad en su calidad de Organismo de Enlace y su envío a la entidad que corresponda del o de los otros Estados Parte.

III. Los Asegurados y Derechohabientes que inicien, en el Sistema Integral de Pensiones, un trámite de Prestación de Vejez/Prestación Solidaria de Vejez o Pensión por Muerte derivada de éstas, deberán llenar el Formulario de Declaración de Aportes en Otros Estados Parte (FDAOEP).

IV. En los casos en los que se declare que el Asegurado ha efectuado aportes en otro(s) Estado(s) Parte diferente(s) de Bolivia, la AFP deberá proceder con el llenado y suscripción de los Formularios Ibero-1 e Ibero-2, e informará al Asegurado o Derechohabientes que pueden adjuntar, en fotocopia, documentación que respalde dichos aportes.

ARTÍCULO 4.- (FORMULARIO IBERO-1). I. En la sección I. del Formulario Ibero-1 se deben consignar los datos de la Prestación solicitada así como la fecha de solicitud de la misma que corresponderá a la fecha de llenado y suscripción de dicho formulario.

II. En esta sección I. se deberá completar necesariamente la decisión del Asegurado respecto a postergar o aplazar dicha solicitud en alguno de los Estados Parte en los que hubiera efectuado aportes, incluido en Bolivia conforme a lo señalado en el inciso b) del artículo 2. anterior. El aplazamiento de ninguna manera impedirá que el Asegurado pueda, en cualquier momento posterior, efectuar su solicitud en cualquiera de los Estados Parte en los que hubiera solicitado la postergación.

En caso que el Asegurado decida aplazar su solicitud, la AFP deberá llenar dicho punto con el nombre del o los Estados en los que se aplazará o postergará la

Calle Reyes Ortiz N° 73. Esq. Federico Zuazo, Torres Gundlach, Torre Este
Teléfono: (591- 2) 2331212 Fax: (591-2) 2312223 Casilla Postal: 10794 La Paz - Bolivia
Correo electrónico: contactenos@aps.gob.bo Página Web: www.aps.gob.bo

solicitud; caso contrario se deberá llenar el punto con las palabras: "No, en ninguno".

III. El número de expediente o referencia podrá corresponder al número de solicitud para los Asegurados que suscriban una solicitud o FRT en el SIP.

Para los casos de Asegurados que no suscriban una solicitud o FRT y aplacen su solicitud en el SIP, la AFP deberá asignar un número de expediente o referencia que deberá corresponder al CUA del Asegurado seguido por las siglas CMISS y el código de AFP, y por un número correlativo asignado por cada AFP conforme a lo siguiente:

CUA-CMISS-02-N°correlativo (Asegurado de BBVA Previsión AFP)

Para las personas que no son Asegurados al SIP, el número de expediente o referencia corresponderá a las siglas CMISS seguido por el código de AFP y por el número correlativo asignado por cada AFP conforme a lo siguiente:

CMISS-01-N°correlativo (Persona no Asegurada al SIP que suscribe formularios en Futuro de Bolivia AFP)

IV. Los datos de la Institución Competente corresponderán a los datos de la AFP que llene y registre dicho formulario.

V. En la sección II. se deberán consignar los datos del Asegurado o solicitante.

VI. En la sección III. se deberán consignar todos los aportes que el Asegurado o solicitante **declara** haber efectuado, indicando mínimamente los periodos, país y número de identificación en el país al que correspondan los aportes, y el nombre del Empleador, pudiendo el Asegurado o solicitante adjuntar fotocopia de documentación que respalde dichos aportes.

La columna correspondiente a "Régimen de Contribución o Actividad" deberá ser llenada en lo posible si el Asegurado o solicitante cuenta con dicha información.

VII. Las secciones siguientes no requieren de explicaciones particulares contándose adicionalmente con instrucciones de llenado del formulario en la última página del mismo.

VIII. Las AFP deberán remitir a la APS el Formulario Ibero-1 debidamente llenado y suscrito, adjuntando adicionalmente la Certificación de Aportes y el Estado de Ahorro Previsional conforme a lo establecido en la Resolución Administrativa APS/DJ/DPC/N° 133 de 01 de marzo de 2012 cuando corresponda.

Calle Reyes Ortiz N° 73. Esq. Federico Zuazo, Torres Gundlach, Torre Este
Teléfono: (591- 2) 2331212 Fax: (591-2) 2312223 Casilla Postal: 10794 La Paz - Bolivia
Correo electrónico: contactenos@aps.gob.bo Página Web: www.aps.gob.bo

ARTÍCULO 5.- (FORMULARIO IBERO-2). I. Este Formulario deberá ser llenado y suscrito por la APS en su calidad de Organismo de Enlace, conforme a lo siguiente:

Nombre del Organismo de Enlace: Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros - APS
Dirección: Calle Reyes Ortiz N° 73 esq. Federico Zuazo, Edificio Torres Gundlach, Torre Este
Localidad: La Paz **País:** Bolivia
Teléfono: (591-2) 2331212 **Correo electrónico:** *contactenos@aps.gob.bo*

II. La Prestación, fecha de solicitud, número de expediente o referencia deberán ser consignados conforme a lo que figura en el Formulario Ibero-1.

III. Las secciones III. y IV. corresponden a los datos del solicitante y datos del Asegurado, que deberán ser llenados siguiendo las instrucciones en la última página del formulario.

IV. La sección V. que corresponde a la certificación de aportes en Bolivia, será completada sobre la base de los Certificados de Aportes remitidos por las AFP y el SENASIR según corresponda. Las certificaciones del SENASIR y de la AFP así como el EAP, deberán ser archivados en el expediente del caso de la APS como respaldo del trámite.

V. Una vez completado el Formulario Ibero-2, la APS remitirá a la Institución Competente u Organismo de Enlace del o los Estado(s) Parte(s) que correspondan, salvo el o los Estados Parte en los que el solicitante hubiera decido postergar su trámite.

VI. Las secciones VI. y VII. serán completadas por la Institución Competente del país destinatario, por lo que deberán quedar en blanco cuando el formulario se origina en Bolivia.

VII. El formulario Ibero-1 suscrito por una persona no Asegurada al SIP deberá ser derivado al Estado Parte donde tuviera los últimos aportes efectuados.

ARTÍCULO 6.- (FORMULARIOS IBERO-3 E IBERO-5). I. Las secciones I., II. y III. del Formulario Ibero-3 deberán ser llenadas y suscritas por el Empleador y entregado a la AFP en la que el Asegurado se encuentra registrado.

II. En el plazo de cinco (5) días hábiles administrativos de recibido el formulario debidamente llenado y firmado por el Empleador, la AFP deberá proceder a verificar el registro del Asegurado, completar la sección IV. del formulario y remitir el mismo a la APS para su envío a la Institución Competente del Estado Parte que corresponda.

Calle Reyes Ortiz N° 73. Esq. Federico Zuazo, Torres Gundlach, Torre Este
Teléfono: (591- 2) 2331212 Fax: (591-2) 2312223 Casilla Postal: 10794 La Paz - Bolivia
Correo electrónico: contactenos@aps.gob.bo Página Web: www.aps.gob.bo

III. Las secciones I., II. y III. del Formulario Ibero-5 deberán ser llenadas y suscritas por el Empleador y entregado a la AFP en la que el Asegurado se encuentra registrado.

IV. En el plazo de cinco (5) días hábiles administrativos de recibido el formulario debidamente llenado y firmado por el Empleador, la AFP deberá proceder a verificar el registro y aportes del Asegurado, completar y suscribir la sección IV. y remitir el formulario a la APS, entidad que deberá completar las secciones V. y VI. y enviar dicho formulario a la Institución Competente del Estado Parte al que se desplaza el trabajador, quedándose con una copia del mismo y remitiendo otra a la AFP que corresponda.

V. La APS deberá quedarse con una copia de los Formularios Ibero 3 al Ibero 5 para su archivo y remitirá una copia a la AFP que corresponda.

ARTÍCULO 7.- (FORMULARIO IBERO-4). I. Las secciones I., II. y III. del Formulario Ibero-4 deberán ser llenadas y suscritas por el Asegurado independiente que se desplace a trabajar en otro Estado Parte, y entregado a la AFP en la que se encuentre registrado.

II. En el plazo de cinco (5) días hábiles administrativos de recibido el formulario debidamente llenado y firmado por el Asegurado, la AFP deberá proceder a emitir la certificación del registro del Asegurado indicando el nombre completo del Asegurado, CUA, documento de identidad y fecha de registro y remitir el formulario a la APS, entidad que deberá completar las secciones IV. y enviar dicho formulario a la Institución Competente del Estado Parte que corresponda.

III. La APS deberá quedarse con una copia para su archivo y remitirá una copia a la AFP que corresponda.

ARTÍCULO 8.- (FORMULARIO IBERO-6 E IBERO-7). I. Estos Formularios deberán ser llenados y suscritos por el representante de la Misión Diplomática u Oficina Consular y por la Institución Competente del país a cuya legislación queda sometido el personal de Misiones Diplomáticas y Oficinas Consulares, y el personal enviado en Misiones de Cooperación.

II. Estos formularios solo requieren ser llenados por el personal señalado en el parágrafo I. anterior al cual conforme a normativa vigente le correspondería aportar al SIP.

III. La APS, una vez recibidos dichos Formularios deberá remitir una copia a cada una de las AFP, quedándose el original en el archivo de la APS.

Calle Reyes Ortiz N° 73. Esq. Federico Zuazo, Torres Gundlach, Torre Este
Teléfono: (591- 2) 2331212 Fax: (591-2) 2312223 Casilla Postal: 10794 La Paz - Bolivia
Correo electrónico: contactenos@aps.gob.bo Página Web: www.aps.gob.bo

ARTÍCULO 9.- (ARCHIVO). I. Las AFP deberán archivar una copia de los formularios Ibero-1 al Ibero-7 en el expediente del trámite del Asegurado si corresponde o en caso de no Asegurados en un expediente separado.

II. Los Formularios Ibero-3 al Ibero-5 deberán ser archivados, adicionalmente, en el expediente de registro del Asegurado.

Calle Reyes Ortiz N° 73. Esq. Federico Zuazo, Torres Gundlach, Torre Este
Teléfono: (591- 2) 2331212 Fax: (591-2) 2312223 Casilla Postal: 10794 La Paz - Bolivia
Correo electrónico: contactenos@aps.gob.bo Página Web: www.aps.gob.bo

ANEXO 2

PROCEDIMIENTO PARA EL OTORGAMIENTO DE PRESTACIONES DE VEJEZ/SOLIDARIAS DE VEJEZ Y PENSIONES POR MUERTE DERIVADAS DE ÉSTA CUANDO EL ASEGURADO TIENE APORTES EFECTUADOS EN OTRO(S) ESTADO(S) PARTE DEL CONVENIO MULTILATERAL IBEROAMERICANO DE SEGURIDAD SOCIAL

CAPÍTULO I
OBJETO Y AMBITO DE APLICACIÓN

ARTÍCULO 1. (OBJETO).- La presente Guía tiene por objeto establecer el procedimiento para el otorgamiento de las siguientes Prestaciones y Pensiones para Asegurados que hubieran efectuado Contribuciones en más de un Estado Parte del Convenio Multilateral Iberoamericano de Seguridad Social:

a) Prestaciones Solidarias de Vejez (PSV) y Pensiones por Muerte derivadas de éstas.
b) Prestaciones de Invalidez y Pensiones por Muerte derivadas de Riesgos.

ARTÍCULO 2. (ÁMBITO DE APLICACIÓN).- Las AFP aplicarán la presente Guía a toda solicitud de Asegurados y Derechohabientes que cumplan una de las siguientes características:

a) Inicien su trámite en el Sistema Integral de Pensiones, y el Asegurado hubiera efectuado aportes en otro(s) Estado(s) Parte.
b) Inicien su trámite en otro Estado Parte y decidan NO postergar su trámite en Bolivia.

CAPÍTULO II
PRESTACIONES SOLIDARIAS DE VEJEZ Y PENSIONES POR MUERTE DERIVADAS DE ÉSTAS

PARTE I
ASEGURADOS Y DERECHOHABIENTES QUE INICIAN SU TRÁMITE EN OTRO ESTADO PARTE

ARTÍCULO 3. (SOLICITUD).- I. El Formulario Ibero-1 que señale expresamente la decisión del Asegurado o Derechohabiente de **no** postergar su trámite en Bolivia, será remitido en fotocopia, juntamente con una fotocopia del Formulario Ibero-2, a la AFP en la que el Asegurado se encuentra registrado, en el plazo de diez (10) días hábiles administrativos de recibida la documentación en la APS.

Calle Reyes Ortiz N° 73. Esq. Federico Zuazo, Torres Gundlach, Torre Este
Teléfono: (591- 2) 2331212 Fax: (591-2) 2312223 Casilla Postal: 10794 La Paz - Bolivia
Correo electrónico: contactenos@aps.gob.bo Página Web: www.aps.gob.bo

II. Al día hábil siguiente de recibida la solicitud, la AFP deberá proceder a:

a) Verificar los datos del Asegurado que figuran en el Formulario Ibero-1, contra la Base de Datos de Afiliación para establecer la correcta identidad del solicitante.
b) En caso de coincidencia plena, emitir para el Asegurado o Derechohabiente, el Formulario de Recepción de Trámite (FRT) aprobado mediante Resolución Administrativa APS/DPC/DJ/N° 032 de 23 de mayo de 2011 (RA 032/11) consignando como fecha de solicitud la fecha registrada en el Formulario Ibero-1 y sellado con la fecha de llenado.
c) Emitir el Certificado de Aportes y Estado de Ahorro Previsional conforme a lo señalado en la Resolución Administrativa APS/DJ/DPC/N° 861/2012.

II. La AFP deberá remitir, a la APS, el Certificado de Aportes y el Estado de Ahorro Previsional señalados en el inciso b) anterior, en el plazo señalado en el Resolución Administrativa APS/DJ/DPC/N° 133/2012.

III. Sobre la base de la Certificación y EAP remitidos por la AFP y la Certificación del SENASIR según corresponda, la APS completará las sección VI del Formulario Ibero-2 y lo remitirá a la entidad competente del Estado Parte de origen.

ARTÍCULO 4. (VERIFICACIÓN).- I. Emitido el FRT conforme a lo señalado en el inciso a) del artículo 3. anterior, la AFP deberá proceder, en los plazos establecidos, con la verificación de datos del Asegurado y sus Derechohabientes declarados en el Formulario Ibero-1 y transcritos en el FRT.

II. En caso de existir observaciones, en los datos del Asegurado, Derechohabientes y/o EAP, conforme a lo señalado en el parágrafo II. del artículo 8 del Anexo 1 de la RA 032/2011, la AFP procederá a sellar el FRT como observado y notificará el detalle de dichas observaciones a la APS, en el plazo de diez (10) días hábiles administrativos para que ésta pueda a su vez remitir las mismas a la Institución Competente u Organismo de Enlace que envió los Formularios Ibero-1 e Ibero-2.

III. En caso de no existir observaciones, la AFP procederá a sellar el FRT con el Visto Bueno conforme al artículo 11 del Anexo 1 de la RA 032/2011, y efectuará el cálculo del Referente Salarial conforme a normativa vigente, y determinará la Densidad de Aportes y cumplimiento de requisitos conforme a los siguientes artículos, en los plazos establecidos en la RA 032/2011.

ARTÍCULO 5. (DENSIDAD DE APORTES).- I. La AFP procederá a determinar la Densidad de Aportes del Asegurado en Bolivia y en la Seguridad Social conforme a lo siguiente:

Calle Reyes Ortiz N° 73. Esq. Federico Zuazo, Torres Gundlach, Torre Este
Teléfono: (591- 2) 2331212 Fax: (591-2) 2312223 Casilla Postal: 10794 La Paz - Bolivia
Correo electrónico: contactenos@aps.gob.bo Página Web: www.aps.gob.bo

a) Densidad de Aportes en Bolivia, para lo cual se considerarán los aportes efectuados al SIP conforme señala el artículo 14 del Anexo 1 de la RA 032/2011, a los que se sumarán los aportes efectuados al ex Sistema de Reparto, siempre y cuando la CC del Asegurado se encuentre registrada en el Registro de Emisión y Actualización de Certificados de CC.

b) Densidad de Aportes en la Seguridad Social, para lo cual considerará la Densidad de Aportes señalada en el inciso a) anterior y los aportes certificados en otro(s) Estado(s) Parte diferentes a Bolivia que figuran en el Formulario Ibero-2, conforme a lo siguiente:

1. Los aportes efectuados por el Asegurado en otro(s) Estado(s) Parte reportados en el Formulario Ibero-1, serán considerados siempre y cuando éstos correspondan a periodos distintos a los aportados en Bolivia (SIP + SR). Los periodos correspondientes a aportes paralelos en más de un Estado Parte serán considerados como aportes en un solo Estado Parte y sólo si éstos no están contabilizados dentro los periodos aportados en Bolivia; si éstos ya están contabilizados en el inciso a) anterior, no deberán ser considerados.
2. Los aportes efectuados en otro(s) Estado(s) Parte se reportan en días por lo que la AFP deberá dividir el total de días correspondientes a periodos no contribuidos en Bolivia, entre treinta (30) para determinar el número de meses a los que corresponden. El resultado de esta operación deberá ser expresado en un número entero sin decimales, conforme al redondeo matemático; vale decir que los decimales del uno (1) al cuatro (4) serán redondeados al número inmediatamente inferior y los decimales del cinco (5) al nueve (9) al número inmediatamente superior, conforme a los siguientes ejemplos:

   - 4675 días = 155.83 = 156 meses
   - 6366 días = 212.2 = 212 meses
   - 858 días = 28.6 = 29 meses
   - 1589 días = 52.96 = 53 meses

ARTÍCULO 6. (DETERMINACIÓN DE PENSIÓN).- La AFP deberá determinar si el Asegurado accede a:

a) Pensión de Vejez o Pensión Solidaria de Vejez, conforme establece la normativa vigente utilizando únicamente su Densidad de Aportes en Bolivia.
b) Pensión Solidaria de Vejez, conforme establece la normativa vigente utilizando su Densidad de Aportes en la Seguridad Social.

Calle Reyes Ortiz N° 73. Esq. Federico Zuazo, Torres Gundlach, Torre Este
Teléfono: (591- 2) 2331212 Fax: (591-2) 2312223 Casilla Postal: 10794 La Paz - Bolivia
Correo electrónico: contactenos@aps.gob.bo Página Web: www.aps.gob.bo

ARTÍCULO 7. (PENSIÓN SOLIDARIA DE VEJEZ CONFORME A CONVENIO).- I. Para determinar la Pensión Solidaria de Vejez real que le correspondería al Asegurado o al Derechohabiente en el marco del CMISS, la AFP procederá conforme a lo siguiente.

a) Establecer la PSV que le correspondería al Asegurado en función a la Densidad de Aportes calculada en el inciso b) del artículo 5. anterior y los porcentajes referenciales y Límites Solidarios establecidos en la Ley N° 065 y Ley N° 430 según corresponda. Esta Pensión se denominara Pensión Solidaria de Vejez teórica (PSV_T) para propósitos del CMISS.

b) Determinar la Pensión Solidaria de Vejez real (PSV_R) que le corresponde al Asegurado de la siguiente forma:

Multiplicar la PSV_T por el producto de, dividir el N° de aportes efectuados en la Seguridad Social de Largo Plazo de Bolivia (SR+SSO+SIP) entre el N° total de aportes efectuados a la Seguridad Social de Largo Plazo (SR+SSO+SIP+Otro(s) Estado(s) Parte), tal que:

PSV_R = PSV_T * N° aportes Bolivia / N° aportes total

Ejemplo:

DA_{SR} = 123; DA_{SIP} = 137; $DA_{Bolivia}$ = 260
$DA_{Otro\ Estado\ Parte}$ = 2342 / 30 = 78.06 = 78
DA_{TOTAL} = 260+ 78 = 338
LSI_{338} = 1263.33, LSS_{338} = 2549.67
RSV = 1654 Bs.; % Ref_{338} = 68.17%; Monto Ref.= 1127.53 Bs.
PSV_T = 1263.33 Bs.
PSV_R = 1263.33 * 260/338 = 1263.33 * 0.7692 = 971.79Bs

c) La Fracción Solidaria (FS), conforme establece la normativa vigente, será determinada como la diferencia entre la Pensión Solidaria de Vejez real (PSV_R) menos la sumatoria de la Fracción de Saldo Acumulado y la Compensación de Cotizaciones Mensual cuando corresponda.

II. Para las Pensiones por Muerte, la AFP procederá conforme a lo señalado en los incisos a) y b) anteriores, y multiplicará la Pensión Solidaria de Vejez real por el porcentaje de asignación de Derechohabiente que corresponda conforme a lo siguiente:

PSV_R = PSV_T * N° aportes Bolivia / N° aportes total
PxM_{SVR} = PSV_R * % de asignación de Derechohabientes

Ejemplo:

J. Antonio Caballero R. V°B°

Richard Silva G.

Calle Reyes Ortiz N° 73. Esq. Federico Zuazo, Torres Gundlach, Torre Este
Teléfono: (591- 2) 2331212 Fax: (591-2) 2312223 Casilla Postal: 10794 La Paz - Bolivia
Correo electrónico: contactenos@aps.gob.bo Página Web: www.aps.gob.bo

Derechohabientes: Esposa y un hijo
DA_{SR} = 123; DA_{SIP} = 137; $DA_{Bolivia}$ = 260
$DA_{Otro\ Estado\ Parte}$ = 2342 / 30 = 78.06 = 78;
DA_{TOTAL} = 260+ 78 = 338
LSI_{338} = 1263.33, LSS_{338} = 2549.67
RSV = 1654 Bs.; % Ref_{338} = 68.17%; Monto Ref.= 1127.53 Bs.
PSV_T = 1263.33 Bs.
PSV_R = 1263.33 * 260/338 = 1263.33 * 0.7692 = 971.79Bs
PxM_{SVR} = PSV_R * 90% = 971.79*90% = 874.61Bs

ARTÍCULO 8. (COMPARACIÓN DE PENSIONES SOLIDARIAS DE VEJEZ).- I. Si el Asegurado accede a Pensión de Vejez con su Densidad de Aportes en Bolivia y a Pensión Solidaria de Vejez con su Densidad de Aportes en la Seguridad Social, la AFP deberá comparar las mismas y le otorgará la de monto mayor.

II. Si la Pensión Solidaria de Vejez a la que accede el Asegurado o Derechohabiente con la Densidad de Aportes en Bolivia es de monto mayor a la Pensión de Vejez, la AFP procederá a comparar la Pensión Solidaria de Vejez a la que accede con Densidad de Aportes en Bolivia con la Pensión Solidaria de Vejez a la que accede con la Densidad de Aportes a la Seguridad Social, y le otorgará la de monto mayor.

III. En el caso de Derechohabientes, la AFP procederá a efectuar las comparaciones conforme a lo establecido en los parágrafos I. y II. anteriores y a otorgar la pensión de monto mayor.

IV. Si el Asegurado o Derechohabiente accede a PV, PSV o Pensión por Muerte derivada de éstas, la AFP procederá emitir el Formulario de Declaración de Conformidad (FDCA o FDCD) que se encuentran en los Anexos 3 y 4 de la presente Resolución Administrativa, y lo remitirá a la APS hasta el onceavo (11°) día hábil administrativo de sellado el Visto Bueno en el FRT.

V. Si el Asegurado o Derechohabiente no accede a PV, PSV o Pensión por Muerte derivada de éstas, la AFP deberá proceder a emitir una nota de rechazo explicando la causa del rechazo, misma que deberá ser remitida a la APS en el plazo señalado en el parágrafo IV. anterior.

ARTÍCULO 9. (DECLARACIÓN DE CONFORMIDAD).- Una vez que la AFP reciba el Formulario de Declaración de Conformidad debidamente firmado por el Asegurado o Derechohabiente, procederá a emitir la Declaración de Pensión y al pago de las pensiones, considerando para el descuento de salud lo establecido en el Formulario de Declaración de Conformidad.

Calle Reyes Ortiz N° 73. Esq. Federico Zuazo, Torres Gundlach, Torre Este
Teléfono: (591- 2) 2331212 Fax: (591-2) 2312223 Casilla Postal: 10794 La Paz - Bolivia
Correo electrónico: contactenos@aps.gob.bo Página Web: www.aps.gob.bo

PARTE II
ASEGURADOS Y DERECHOHABIENTES QUE INICIAN SU TRÁMITE EN EL SISTEMA INTEGRAL DE PENSIONES

ARTÍCULO 10. (SOLICITUD Y PROCESAMIENTO DE TRÁMITE).- I. Los Asegurados y Derechohabientes de Asegurados que inicien un trámite de Pensión de Vejez, Pensión Solidaria de Vejez o Pensión por Muerte derivada de éstas, deberán suscribir un FRT y un FDAOEP conforme a normativa vigente.

II. Para los Asegurados que declaren en el FDAOEP haber efectuado aportes en otro(s) Estado(s) Parte, la AFP deberá proceder adicionalmente con el llenado del Formulario Ibero-1, y posteriormente, dentro del plazo establecido en el RA 861/2012, la AFP emitirá la Certificación de Aportes y Estado de Ahorro Previsional conforme a RA 133/2012, y remitirá a la APS, dichos documentos juntamente con una copia del Formulario Ibero-1.

III. La AFP deberá procesar el FRT dentro de los plazos y conforme a normativa vigente para el efecto.

IV. Si se determinara que el Asegurado o Derechohabiente cumpliera con los requisitos para acceder a Pensión de Vejez, Pensión Solidaria de Vejez o Pensión por Muerte derivada de éstas, considerando únicamente la Densidad de Aportes al SIP incluidos los aportes al SR si contara con CC registrada, la AFP procederá con la comparación y a otorgar la pensión de monto mayor sin considerar los aportes efectuados en otro(s) Estado(s) Parte.

En estos casos, la AFP notificará al Asegurado o Derechohabiente con la pensión que le correspondería sin contar con los aportes en otro(s) Estado(s) Parte, y le informará que puede suscribir una Declaración de Pensión para iniciar el pago de sus pensiones, y que una vez se cuente con la certificación de aportes efectuados en otro(s) Estado(s) Parte, se efectuara el recalculo de su pensión y en caso de corresponder una de monto mayor se procederá a otorgarle ésta y a pagarle el diferencial desde fecha de solicitud si corresponde.

V. Si el Asegurado o Derechohabiente no accediera a Pensión de Vejez, Pensión Solidaria de Vejez o Pensión por Muerte derivada de éstas con la Densidad de Aportes al SIP (SIP+SR), la AFP:

a) Rechazará el caso si el Asegurado no cumpliera con la edad requerida para acceder a Pensión Solidaria de Vejez.
b) Informará al Asegurado o Derechohabiente que con la Densidad de Aportes al SIP no accede a pensión alguna y que su trámite será reevaluado una vez se cuente con la certificación de los aportes efectuados en otro(s) Estado(s) Parte.

J. Antonio Caballero R.
Richard Silva G.

Calle Reyes Ortiz N° 73. Esq. Federico Zuazo, Torres Gundlach, Torre Este
Teléfono: (591- 2) 2331212 Fax: (591-2) 2312223 Casilla Postal: 10794 La Paz - Bolivia
Correo electrónico: contactenos@aps.gob.bo Página Web: www.aps.gob.bo

ARTÍCULO 11.- (CERTIFICACIÓN DE APORTES EN OTROS ESTADOS PARTE).- I. Una vez que la AFP cuente con el Formulario Ibero-2 debidamente llenado y los aportes del Asegurado certificados por entidad competente del o los otros Estados Parte conforme a lo declarado por el Asegurado en el Formulario Ibero-1, la AFP procederá a determinar la Pensión Solidaria de Vejez o Pensión por Muerte derivada de ésta, conforme a lo señalado en los artículos 3. al 8. anteriores.

II. Si el Asegurado o Derechohabiente con Pensión de Vejez, Pensión Solidaria de Vejez o Pensión por Muerte derivada de éstas en curso de pago, accediera a una Pensión Solidaria de Vejez o Pensión por Muerte derivada de ésta en el marco del Convenio Multilateral Iberoamericano de Seguridad Social de monto mayor, la AFP procederá a emitir los Anexos de modificación de la Declaración de Pensión con la misma fecha de solicitud y con los nuevos montos.

Asimismo, procederá con el pago del devengo por concepto del reintegro y entregará al Asegurado o Derechohabiente un detalle, periodo a periodo, con los reintegros devengados y archivará una copia en el expediente.

III. Si el Asegurado o Derechohabiente con Pensión de Vejez, Pensión Solidaria de Vejez o Pensión por Muerte derivada de éstas en curso de pago, no accediera a una Pensión Solidaria de Vejez o Pensión por Muerte derivada de ésta en el marco del Convenio Multilateral Iberoamericano de Seguridad Social de monto mayor, la AFP notificará dicha situación al Asegurado o Derechohabiente según corresponda.

IV. Si el Asegurado o Derechohabiente comprendido en el inciso b) del parágrafo V. del artículo 10 anterior, no accediera a una Pensión Solidaria de Vejez o Pensión por Muerte derivada de ésta en el marco del Convenio Multilateral Iberoamericano de Seguridad Social, la AFP procederá a notificar al Asegurado o Derechohabiente.

CAPÍTULO III
PRESTACIONES DE INVALIDEZ Y PENSIONES POR MUERTE DERIVADAS DE RIESGOS

ARTÍCULO 12. (SOLICITUD Y PROCESAMIENTO DE TRÁMITE).- I. El Formulario Ibero-1 que señale expresamente la decisión del Asegurado o Derechohabiente de **no** postergar su trámite en Bolivia, será remitido en fotocopia, a la AFP en la que el Asegurado se encuentra registrado, en el plazo de diez (10) días hábiles administrativos de recibida la documentación en la APS.

II. Al día hábil siguiente de recibida la solicitud, la AFP deberá proceder a:

Calle Reyes Ortiz N° 73. Esq. Federico Zuazo, Torres Gundlach, Torre Este
Teléfono: (591- 2) 2331212 Fax: (591-2) 2312223 Casilla Postal: 10794 La Paz - Bolivia
Correo electrónico: contactenos@aps.gob.bo Página Web: www.aps.gob.bo

a) Verificar los datos del Asegurado que figuran en el Formulario Ibero-1, contra la Base de Datos de Afiliación para establecer la correcta identidad del solicitante.
b) Emitir el Estado de Ahorro Previsional, en caso de coincidencia plena en los datos del inciso a).
c) Verificar si el Asegurado podría cumplir los requisitos de acceso por Riesgo Común y Riesgo Profesional/Laboral, tanto en caso de accidente como en enfermedad.

II. Si el Asegurado, independientemente del origen y causa de la invalidez o fallecimiento, no cumple con los requisitos de cobertura establecidos en la Ley N° 065 con sus aportes al SIP, la AFP informará dicha situación a la APS.

III. Si el Asegurado, podría cumplir con los requisitos de cobertura bajo algún origen o causa con sus aportes al SIP, la AFP procederá a emitir para el Asegurado o Derechohabiente, el Formulario de Solicitud de Invalidez o Formulario de Recepción de Trámite (FRT) según corresponda consignando como fecha de solicitud la fecha registrada en el Formulario Ibero-1 y sellado con la fecha de llenado.

IV. A partir del FRT o Formulario de Solicitud de Invalidez, la AFP procederá conforme a normativa vigente considerando únicamente los aportes efectuados a la Seguridad Social en Bolivia.

Antonio Caballero R. V°B°

Richard Silva G.

Calle Reyes Ortiz N° 73. Esq. Federico Zuazo, Torres Gundlach, Torre Este
Teléfono: (591- 2) 2331212 Fax: (591-2) 2312223 Casilla Postal: 10794 La Paz - Bolivia
Correo electrónico: contactenos@aps.gob.bo Página Web: www.aps.gob.bo

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).

Calle Reyes Ortiz N° 73. Esq. Federico Zuazo, Torres Gundlach, Torre Este
Teléfono: (591- 2) 2331212 Fax: (591-2) 2312223 Casilla Postal: 10794 La Paz - Bolivia
Correo electrónico: contactenos@aps.gob.bo Página Web: www.aps.gob.bo

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:

Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros
J. Antonio Caballero R.
V°B°

Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros
Richard Silva G.

_____ Firma del Asegurado

_____ Nombre y firma de Testigo

Calle Reyes Ortiz N° 73. Esq. Federico Zuazo, Torres Gundlach, Torre Este
Teléfono: (591- 2) 2331212 Fax: (591-2) 2312223 Casilla Postal: 10794 La Paz - Bolivia
Correo electrónico: contactenos@aps.gob.bo Página Web: www.aps.gob.bo

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: _____)

J. Antonio Caballero R. V°B°

Richard Silva G.

Calle Reyes Ortiz N° 73. Esq. Federico Zuazo, Torres Gundlach, Torre Este
Teléfono: (591- 2) 2331212 Fax: (591-2) 2312223 Casilla Postal: 10794 La Paz - Bolivia
Correo electrónico: contactenos@aps.gob.bo Página Web: www.aps.gob.bo

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 la 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:
N° de Cuenta:
Nombre de Entidad Bancaria:
Dirección de Entidad Bancaria:

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

Cheque: ☐

Transferencia Bancaria: ☐
BIC/SWIFF:
IBAN:

J. Antonio Caballero R.

Richard Silva G.

Calle Reyes Ortiz N° 73. Esq. Federico Zuazo, Torres Gundlach, Torre Este
Teléfono: (591- 2) 2331212 Fax: (591-2) 2312223 Casilla Postal: 10794 La Paz - Bolivia
Correo electrónico: contactenos@aps.gob.bo Página Web: www.aps.gob.bo

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

Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros
J. Antonio Caballero R.
Vocal

Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros
Richard Silva G.

Calle Reyes Ortiz N° 73. Esq. Federico Zuazo, Torres Gundlach, Torre Este
Teléfono: (591- 2) 2331212 Fax: (591-2) 2312223 Casilla Postal: 10794 La Paz - Bolivia
Correo electrónico: contactenos@aps.gob.bo Página Web: www.aps.gob.bo

ANEXO 5

IBERO - 1

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

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 : ☐ 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 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 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/ 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 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 / Nº de Telefone: _____

Correo electrónico/E-mail: _____

Otras informaciones/Outras 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		
						Tipo Número		

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

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 / Nº de 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 da 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 nesta 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), 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)

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 nos 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 benefício correspondente: 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 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 identificaçao 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 segurado falecido.

(16) Hijos, padres u otros derechohabientes del asegurado que tengan derecho /
Filhos, pais ou outros dependentes do segurado 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 informaçoes" deberá 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 identificaçao 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

ANEXO 6

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 referência _____

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 : ☐ 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 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 : ☐ 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 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 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 (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 reénem 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/No caso de falecimento, a data do mesmo:
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 contribuição 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 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? ..... ☐ 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/Em caso de falecimento a dato do mesmo:

_____/_____/_____

¿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 informaçoes" deverá ser informado também o número do Cadastro de Pessoas Fisicas – CPF Para Bolivia, informar número de documentos de identificación y dirección en Bolivia , si tiene/ Para a Bolivia, informar número do documento identificaçao e endereço na Bolivia, si você tiver

ANEXO 7

IBERO-3

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 alinea 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 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 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):

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 _____

Nº de teléfono / Telefone: _____

Correo electrónico/E-mail: _____

III Datos del desplazamiento

Dados do deslocamento

Período de desplazamiento que se 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 Razão 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 / 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 Ligaçao ou Instituição Competente do País de Origem

IV Organismo de Enlace o Institución Competente del País a cuya Legislación está sometido el trabajador

Organismo de Ligaçao ou Instituição Competente do País cuja a Legislação está sujeito o trabalhador

CERTIFICADO/CERTIFICAÇÃO

Denominación / Denominação:

Dirección / Endereço:

Certifica que el trabajador identificado en el punto *I* de este formulario queda sometido 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 do Convênio e 7 do Acordo,

desde _____ hasta / até _____

Lugar y fecha / Local e data:

_____

Sello / Carimbo

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 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 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 formulario deverá ser preenchido pela empresa, em quatro vías,-em letra de forma.
- Deverá ser apresentado perante o Organismo de Ligaçao ou Instituição Competente do Estado, onde a empresa tem sua sede, com 20 dias de antecedência mínima à data prevista para o deslocamento.
- O Organismo de Ligaçao 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 à Segurança Social no país de destino.
- Se o deslocamento se prologar além dos 12 meses inicialmente previstos a empresa deverá formular uma solicitação de prorrogação com pelo menos 20 dias de antededência junto á 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 Bolivia, sobrenome de casada, se aplicável

(2) Para Bolivia y Chile, apellido paterno y materno/
Para a Bolivia e Chile, sobrenome do paí 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 Fisicas – 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 alinea 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 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 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 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

Período de desplazamiento que se solicita / Período de deslocamento solicitado: Desde _____ hasta / até _____

Lugar y fecha de la suscripción de la solicitud por parte del trabajador/
Local e data da assinatura da solicitação por parte do trabalhador

_____

Firma del trabajador/ Assinatura do trabalhador

_____

A cumplimentar 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:

Certifica que el trabajador identificado en el punto *I* de este formulario queda sometido a la legislación del país de origen, en virtud del apartado b) del artículo 10 del Convenio y 8 del Acuerdo / Certifica que o trabalhador identificado no quadro *I* deste formulário fica submetido a legislação do país de origem, em virtude do parágrafo b) do artigo 10 do Convênio e 8 do Acordo,

desde _____ hasta / até _____

Lugar y fecha / Local e data:

_____

Sello / Carimbo

Firma / Assinatura

_____

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 vías 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 à data prevista do deslocamento.
- O Organismo de Ligação ou Instituição Competente do país asegurador 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 à Organismo de Ligação ou Instituição Competente do país de destino.
- O trabalhador conservará o certificado com o objetivo de comprovar sua situação em perante à Segurança Social no país de destino.

Instrucciones particulares/instruções particulares:

(1) Para Bolivia , apellido de casada cuando corresponda/
Para a Bolivia, sobrenombre de casada, se aplicável

(2) Para Bolivia y Chile, apellido paterno y materno/
Para a Bolivia e Chile, sobrenome do paí 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 Fisicas – CPF

ANEXO 9

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 preencher pela empresa

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 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 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):

II Datos identificativos de la empresa del País de Origen/

Dados de identificação da empresa do país de Origem.

Nombre o Razón Social / Nome ou Razão Social:	
Nº de Identificación o Inscripción/CNPJ	Actividad principal / Atividade principal

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: _____

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 comprendido 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 à legislação do Estado Parte de origem, pelo periodo comprendido entre _____ e _____

Empresa de destino /Empresa de destino:	
Nombre o Razón Social / Nome ou Razão Social	
Nº de Identificación o Inscripción/CNPJ	Actividad / Atividade principal

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: _____

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 Origem

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
Solicita que el trabajador citado continúe sujeto a su legislación, durante la prórroga del desplazamiento, por el periodo desde _____ hasta _____ . **Solicita que o trabalhador citado continue sujeto á sua legislação, durante a prorrogação do deslocamento, pelo período desde _____ até _____.** **Lugar y fecha / Local e data:** _____ **Sello / Carimbo** **Firma / Assinatura** _____

País de Origen / País de Origem: _____

País de Destino / País de Destino: _____

A cumplimentar por el Organismo de Enlace o Institución Competente del País de Destino
A preencher pelo Organismo de Ligaçao 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 sujeto á legislação de Segurança Social de _____ durante o período desde _____ até _____** ☐ **No estar de acuerdo/ Não estar de acordo** **Lugar y fecha / Local e data:** _____ **Sello / Carimbo** **Firma / Assinatura** _____

Del País de Origen / Do País de Origem: **Del País de Destino / Do País de Destino:**

VI Organismo de Enlace o Institución Competente del País a cuya Legislación está sometido el trabajador

Organismo de Ligaçao ou Instituição Competente do País cuja a Legislação está sujeito o trabalhador

CERTIFICADO/CERTIFICAÇÃO

Denominación / Denominação:
Dirección / Endereço:
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 / 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 do Convênio e 7 do Acordo, desde _____ hasta / até _____ Lugar y fecha / Local e data: _____ Sello / Carimbo 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, y se le 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 antelación 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 objeto de acreditar su situación ante la seguridad social del país de destino.

Instruções:

- O formulário deverá ser preenchido pela empresa, em quatro vías, em letra de forma, e anexar a cópia do certificado de deslocamento inicial.
- Deverá ser apresentado perante o Organismo de Ligaão 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 expedirá o certificado de prorrogação correspondente, com a prévia consulta e expresso 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 o objetivo de comprovar sua situação em perante à Segurança Social no país de destino.

Instrucciones particulares/instruções particulares:

(1) Para Bolivia , apellido de casada cuando corresponda/
Para a Bolivia, sobrenombre de casada, se aplicável

(2) Para Bolivia y Chile, apellido paterno y materno/
Para a Bolivia e Chile, sobrenome do paí 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 Fisicas – CPF

ANEXO 10

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 alinea i) do artigo 10 da Convenção e 9 do Acordo

A cumplimentar por el 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 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 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):

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 / Local 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* deste formulário, segundo a alinea i) do artigo 10 da Convenção e 9 do Acordo, OPTA para que lhes sejam aplicadas as disposições em matéria de Segurança Social do seguinte Estado Parte:

_____

Lugar y Fecha / Local 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 Legislação está 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 _____, depois da opção exercida pelo mesmo, em virtude do alinea i) do artigo 10 da Convenção e 9 do Acordo.

Lugar y fecha / Local e data:

_____

Sello / Carimbo

Firma de la Institución Competente/ Assinatura de la Instituiçao Competente

_____

País de Origen / País de Origem:

_____

País de Destino /País de Destino:

_____

VI Organismo de Enlace o Institución Competente del País de Origen

Organismo de Ligação ou Instituição Competente do País de Origem

CERTIFICADO/CERTIFICAÇÃO

Denominación / Denominação
Dirección / Endereço

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, desde _____ hasta _____

CERTIFICA que o trabalhador identificado no quadro **I** deste formulário fica submetido a legislação do país de origem, em virtude do parágrafo b) do artigo 10 do Convênio e 7 do Acordo, desde _____ hasta _____

Lugar y fecha / Local e data:

_____

Sello / Carimbo

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 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 objeto de acreditar su situación ante la Seguridad Social del país de destino.

Instruções:

- O formulário deverá ser preenchido pela empresa, em quatro vías, 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 à data de inicio 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-á à Instituição Competente do outro Estado Parte.
- Entregar-se-á uma cópia do certificado ao trabalhador. O trabalhador conservará o certificado com o objetivo de comprovar sua situação perante à Segurança Social no país de destino.

Instrucciones particulares/instruções particulares:

(1) Para Bolivia , apellido de casada cuando corresponda/
Para a Bolivia, sobrenombre de casada, se aplicável

(2) Para Bolivia y Chile, apellido paterno y materno/
Para a Bolivia e Chile, sobrenome do paí 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 Fisicas – 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 en 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 da 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 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 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 del desplazamiento / Dados de deslocamento

Dirección en el País de destino / Endereço no País de destino:

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 (4):

El trabajador citado ha sido enviado por el Organismo_____

_____

del Estado Parte _____, en missão de cooperación, ao território del otro Estado Parte

_____

O trabalhador citado foí enviado pelo Organismo _____

_____

del Estado Parte _____ em missão de cooperação, ao território do outro Estado Parte

_____

Diección del Organismo /Endereço do Organismo:

Calle/Rua_____ nº_____ Piso/Depto: _____

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

Provincia/Estado/ Departamento /Región _____

País _____

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

Lugar y fecha / Local e data:

_____

Sello / Carimbo

Firma / Assinatura

_____

A cumplimentar por la Institución Competente del País de origen
A preencher pela Instituição Competente do País de origem

III Institución Competente del País a cuya Legislación está sometido el trabajador

Instituição Competente do País cuja Legislação está sujeito o trabalhador

CERTIFICADO/CERTIFICAÇÃO

Denominación / Denominação

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: _____

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 à legislação do país _____, em virtude da alinea j) do artigo 10 do Convênio e 10 do Acordo.

Lugar y fecha / Local e data:

_____

Sello / Carimbo

Firma / Assinatura

_____

País de Origen / Do País de Origem:

_____

País de Destino / Do País de Destino :

_____

Instrucciones:

- El formulario deberá cumplimentarse por la empresa, en cuatro ejemplares, en carácter 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 este certificado con objeto de acreditar su situación ante la Seguridad Social del país de destino.

Instruções:

- O formulário deverá ser preenchido pela Empresa, em quatro vías, em letra de forma.
- Deverá ser apresentado perante a Instituição Competente do Estado Parte de origem que expedirá o correspondente certificado e comunicá-lo-á à Instituição Competente do outro Estado Parte.
- Entregar-se-á uma cópia do certificado ao trabalhador. O trabalhador conservará o certificado com objetivo de comprovar sua situação perante à Segurança Social no país de destino.

Instrucciones particulares/instruções particulares:

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

(2) Para Bolivia y Chile, apellido paterno y materno/
Para a Bolivia e Chile, sobrenome do paí 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 Fisicas – CPF