

**Acuerdo Multilateral de Seguridad Social del Mercosur
Acordo Multilateral de Seguridade Social do Mercosul**

Formulario de Solicitud
Formulário de Solicitação

Fecha de Solicitud / Data da Solicitação

Número de Expediente		Pensión por Vejez/Jubilación Ordinaria /Extraordinario/ Aposentadoria por Idade
Uruguay		Jubilación por Edad Avanzada - Aposentadoria Compulsória
Paraguay		Prestación/Jubilación por Invalidez/Aposentadoria por Invalidez
Argentina		Incapacidad Temporaria /Temporal / Auxilio-doença
Brasil		Pensión de Muerte/Sobreviviente/Fallecimiento/Derechohabiente Pensão por Morte
		Períodos Contributivos/Reconocimiento de Servicios/Estados de Cuenta - Período Contributivo

1 - Organismo de Enlace Destinatario / Organismo de Ligação de Destino

Tildar / Marcar	País	Nombre del Organismo / Nome do Organismo
	Argentina	ANSES
	Brasil	INSS
	Paraguay	IPS
	Uruguay	BPS

2 - Datos Relativos al Asegurado / Dados Relativos ao Segurado

Apellido Paterno / Sobrenome Paterno		Apellido Materno / Sobrenome Materno		Nombres / Nomes	
Nombre del Padre / Nome do Pai			Nombre de la Madre / Nome da Mãe		
Lugar de Nacimiento: Localidad/Localidade		Estado/Provincia/Departamento		País	
Lugar de nascimento:					
Fecha / Data ____/____/____		Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>			
Nacionalidad / Nacionalidade:					
Estado Civil**:		Soltero <input type="checkbox"/>		Casado <input type="checkbox"/>	
		Viudo <input type="checkbox"/>		Divorciado <input type="checkbox"/>	
				Separado de Hecho <input type="checkbox"/>	
Tipo de Certificado:		Tomo: Cartório:		Libro: Livro:	
Tipo de Certidão:		Folio: Folha:		Fecha de Expedición: Data de Expedição:	
				Nº de Docum.: Nº do Docum.:	
Tipo de Documento		Fecha de Expedición / Data de Expedição		Número	
				País de Expedición / Expedição	
				Apellido y Nombre Completo como figura en del Docum. / Nome e Sobrenome Completo como está no Docum.	
				Argentina *	
				Brasil ***	
				Paraguay	
				Uruguay	
Nº de Afiliación o Seguro / Nº de Inscrição*		Uruguay:		Paraguay:	
		Argentina:		Brasil:	
Fecha de llegada al país de ocupación / Data de chegada ao país de ocupação ____/____/____					
Dirección / Endereço:					
Calle / Rua:		Nº		Piso / Depto.:	
				Localidad / Localidade:	
CP/CEP:		Provincia / Estado / Departamento:		País:	
Nº de Teléfono / Telefone:				Correo Electrónico / E-mail:	
Otros países donde el solicitante haya trabajado fuera del Mercosur / Outros países onde o solicitante tenha trabalhado fora do Mercosul					

* Para Argentina completar CUIL / CUIT

3 - Completar en Caso de Pensión por Fallecimiento de un Asegurado/ Informar em Caso de Pensão por Morte do Segurado

Fecha de Fallecimiento / Data do Óbito ____/____/____		Lugar de Fallecimiento / Lugar do Óbito (Localidad y País)		
Nº da Certidão de Óbito: Nº de Certificado de Defunción:	Cartório: Tomo:	Livro: Libro:	Folha: Folio:	Data de Expedição: Fecha de Expedición:
Causa del Fallecimiento / Causa do Óbito				
<input type="checkbox"/>	Enfermedad Común / Doença Comum	<input type="checkbox"/>	Accidente de Trabajo / Acidente de Trabalho	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Enfermedad Profesional / Doença Profissional		<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>				
Era titular de una Prestación o Beneficio / Era Titular de um Beneficio				
<input type="checkbox"/>				
Había Solicitado una Prestación o Beneficio / Havia Solicitado um Beneficio				
Tipo de Prestación o Beneficio / Tipo de Beneficio:				
Entidad Otorgante / Entidade Concessora:				
País:				
Nº de Identificación de la Prestación o Solicitud / Nº de Identificação do Beneficio:				
Fecha de Cobro Inicial / Data do Inicio do Beneficio: ____/____/____				
Última Cuantía Mensual (Monto y Fecha) / Última Mensalidade Recebida (Valor e Competencia):				

4 - Datos Relativos al Solicitante en Caso de Supervivencia - Pensión Derecho Habiente /Dados Relativos ao Solicitante em Caso de Pensão por Morte

Tipo de Documento	Fecha de Expedición Data de Expedição	Número	País de Expedición / Expedição	Apellido y Nombre Completo como figura en el Documento. Nome e Sobrenome Completo como está no Documento.	
			Argentina *		
			Brasil ***		
			Paraguay**		
			Uruguay		
Apellido Paterno / Sobrenome Paterno		Apellido Materno / Sobrenome Materno		Nombres / Nomes	
Nombre del Padre / Nome do Pai			Nombre de la Madre / Nome da Mãe		
Lugar de Nacimiento Lugar de nascimento:	Localidad/Localidade	Estado/Provincia/Departamento		País	
Fecha / Data	____/____/____	Sexo	M <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>	
Nacionalidad / Nacionalidade:					
Estado Civil **:	Soltero <input type="checkbox"/>	Casado <input type="checkbox"/>	Viudo <input type="checkbox"/>	Divorciado <input type="checkbox"/>	Separado de Hecho <input type="checkbox"/>
Tipo de Certificado: Tipo de Certidão:	Tomo: Cartório:	Libro: Livro:	Folio: Folha:	Fecha de Expedición: Data de Expedição:	Nº de Docum.: Nº do Ducum.:
Nº de Afiliación o Seguro / Nº de Inscrição*		Uruguay:		Paraguay:	
		Argentina:		Brasil:	
Parentesco con el Asegurado / Parentesco com o Segurado:					
Fecha de Matrimonio / Data de Casamento: ____/____/____			Estado/Provincia/Departamento		País:
Fecha de Llegada al País de Ocupación / Data de Chegada ao País de Ocupação: ____/____/____					
Dirección / Endereço:					
Calle / Rua:		Nº	Piso / Depto.:	Localidad / Localidade:	
CP/CEP:	Provincia / Estado :			País:	
Nº de Teléfono / Telefone:			Correo Electrónico / E-mail:		

* En caso de Cédula de Identidad Indicar Provincia Emisora / Em caso de cédula de identidade indicar Órgão emissor .

** Presentar documentación acreditante. En caso de convivencia o concubinato acreditarlo conforme a la legislación local./
Apresentar documentação comprobatória. Em caso de convivência ou concubinato , comprovar conforme legislação local

*** Presentar documentación acreditante, como CPF, RG y/o CTPS/ Apresentar documentação comprobatória, com CPF, RG e CTPS

**5 - Datos Relativos al Apoderado o Representante Legal para Tramitar (si corresponde) /
 Dados Relativos a Procurador ou Representante Legal (se corresponder)**

Apellido Paterno / Sobrenome Paterno		Apellido Materno / Sobrenome Materno		Nombres / Nomes	
Dirección / Endereço:					
Calle / Rua:		Nº	Piso / Depto.:		Localidad / Localidade:
CP/CEP:	Provincia /Estado/Departamento :			País:	
Nº de Teléfono / Telefone:					
Correo Electrónico / E-mail:					
Tipo de Documento	Fecha de Expedición Data de Expedição	Número	País de Expedición / Expedição	Apellido y Nombre Completo como figura en el Docum. Nome e Sobrenome Completo como está no Docum.	
			Argentina *		
			Brasil ***		
			Paraguay**		
			Uruguay		

* En caso de Cédula de Identidad Indicar Provincia Emisora.

** Presentar documentación acreditante. En caso de convivencia o concubinato acreditarlo conforme a la legislación local.

*** Presentar documentación acreditante, como CPF, RG y/o CTPS.

6 - Declaración de Actividades:

Empresa	Nº de Afiliación Inscripción	Dirección Endereço	País	Actividad / Atividade	Periodos		Entidad Gestora Denominación / Entidade Gestora Denominação
					Desde	Hasta / Até	
					__/__/__	__/__/__	
					__/__/__	__/__/__	
					__/__/__	__/__/__	
					__/__/__	__/__/__	
					__/__/__	__/__/__	
					__/__/__	__/__/__	
					__/__/__	__/__/__	
					__/__/__	__/__/__	
					__/__/__	__/__/__	
					__/__/__	__/__/__	

Otros Países donde el solicitante haya trabajado fuera del MERCOSUR ((*) ver cuadro en Aclaraciones) / Outros países onde o solicitante tenha trabalhado fora do Mercosul ((*) ver a tabela de Esclarecimentos)

**7 - Datos Relativos a una Prestación por Invalidez / Dados Relativos a Beneficio por Incapacidad:
 SE DEBERÁ LLENAR EL ANEXO MER - INVALIDEZ / DEVERA SER ANEXADO O FORMULÁRIO MER-INVALIDEZ**

**8 - Datos Relativos a los Familiares y Asimilados del Asegurado /
 Dados Relativos aos Familiares e Assemelhados do Segurado**

Apellidos/ Sobrenomes	Nombres / Nomes	Fecha y Lug. de Nacim./ Data e Loc. de Nascim.	Doc.: Tipo y Nº- País Emis.	Depende Económ. Depend. Económ.	Paren_ tesco	Incapa_ citado	Convivenc. c/el Aseg.* Reside c/oAsegur.*	Escolaridad Escolaridade
		__/__/__						
		__/__/__						
		__/__/__						
		__/__/__						
		__/__/__						
		__/__/__						
		__/__/__						
		__/__/__						
		__/__/__						
		__/__/__						

* En caso negativo indicar país de residencia / Em caso negativo indicar país de residência.

Fecha / Data: ____/____/____

 Firma del Solicitante/Assinatura do Solicitante

 Firma y Sello el Funcionario Operativo /
 Assinatura e Carimbo do Funcionário Responsável

A Preencher para Efeitos da Legislação Brasileira em Caso de Pensão por Morte

No caso de benefício da legislação brasileira, pensão por morte assinar o seguinte termo de responsabilidade:
 Pelo presente Termo de Responsabilidade declaro estar ciente de que a ocorrência de óbito ou emancipação de dependentes deverá se comunicada ao INSS no prazo de 30 (trinta) dias, a contar da data em que o mesmo ocorrer, mediante apresentação da respectiva certidão. A falta do cumprimento do compromisso ora assumido ou de qualquer declaração falsa, além de obrigar a devolução de importâncias recebidas indevidamente, quando for o caso, sujeitar-me-ei às penalidades previstas no art. 171 e 299 do Código Penal.

Local e Data: _____ / _____ / _____

Assinatura: _____

Aclaraciones Conforme a la Legislación Brasileira

Indicar Documentos que Demuestran la Dependencia.

- 1 - Dependientes preferenciales:
 - a) Cónyuge e Hijos - Certificados de casamiento y de nacimiento.
 - b) Compañera o Compañero - Documento de identidad y certificado de casamiento con fecha de separación judicial o divorcio, en el caso de que uno o los dos compañeros se hubieran casado o fallecido, si fuese el caso.
 - c) Hijo o Menor a Cargo - Certificado judicial y, mediante declaración del asegurado, tratándose de hijastro, certificado de casamiento del asegurado y de nacimiento del dependiente.
- 11 - País - Certificado de nacimiento del asegurado y documentos de identidad de los mismos.
- 111 - Hermano - Certificado de nacimiento.
- 1º La inscripción de los dependientes mencionados en el punto "a" del inciso 1 será efectuada en la empresa si el asegurado fuese empleado, en el sindicato u órgano gestor de mano de obra, trabajador independiente, y en el Instituto Nacional del Seguro Social INSS, en los demás casos.
- 1º Incumbe al asegurado la inscripción del dependiente, que debe ser hecha, cuando fuera posible, en el momento de la inscripción.
- 1º Para la comprobación del vínculo y de la dependencia económica, conforme al caso, deben ser presentados un mínimo de tres de los siguientes documentos:
 - a) Certificado de nacimiento del hijo en común;
 - b) Certificado de casamiento religioso;
 - c) Declaración del impuesto a la renta del asegurado, donde conste el interesado con sus dependientes;
 - d) Disposición testamentaria;
 - e) Anotación en la Cartera Profesional - CP y/o en la Cartera de Trabajo y Previdencia Social ICTPS, hecha por el órgano competente;
 - f) Declaración especial hecha ante notario;
 - g) Prueba de domicilio en común;
 - h) Prueba doméstica evidente y existencia de sociedad o comunión en los actos de la vida civil;
 - i) Procuración o fianza recíprocamente otorgada;
 - j) Cuenta bancaria conjunta;
 - k) Registro en asociación de cualquier naturaleza, donde conste el interesado como dependiente del asegurado;
 - l) Anotación continua de ficha o libro de registro de empleados;
 - m) Póliza de seguro donde conste el asegurado como titular del seguro y la persona interesada como su beneficiaria;
 - n) Ficha de tratamiento en institución de asistencia médica, donde conste el asegurado como titular del seguro y la persona interesada como su beneficiaria;
 - o) Escritura de compra y venta de inmuebles por el asegurado en nombre del dependiente;
 - p) Declaración de no-emancipación del dependiente menor de 21 años;
 - q) Cualquier documento que pueda dar fe del hecho a comprobar.

Obs.: La validación de la informaciones catastrales por la unidad competente en el campo _____ dispensará el envío de las copias de los documentos probatorios.

(X) Países que tienen Convenio con los Estados Parte del MERCOSUR

	Argentina	Brasil	Paraguay	Uruguay
Bolivia				X
Cabo Verde		X		
Canadá				X
Colombia				X
Costa Rica				X
Chile	X	X		X
Ecuador				X
España	X	X	X	X
EE.UU.				X
Grecia	X	X		X
Italia	X	X		X
Israel				X
Portugal	X	X		X
Suiza				X
Venezuela				X
Luxemburgo		X		

Esclarecimentos de Acordo com a Legislação do Brasil

Indicar Documentos que Provem a Dependência.

- 1 - Dependentes preferenciais:
- Cônjuge e Filhos - Certidões de casamento e de nascimento.
 - Companheira ou Companheiro - Documento de identidade e certidão de casamento com averbação da separação judicial ou divórcio, quando um dos companheiros ou ambos já tiverem sido casados ou óbito, se for o caso.
 - Equiparado a filho - Certidão judicial e, mediante declaração do segurado, em se tratando de enteado, certidão de casamento do segurado e de nascimento do dependente.
- 11 - País - Certidão de nascimento do segurado e documentos de identidade dos mesmos.
- 111 - Irmão - Certidão de nascimento.
- 1º A inscrição dos dependentes de que trata a alínea "a" do inciso 1 será efetuada na empresa se o segurado for empregado, no sindicato ou órgão gestor de mão-de-obra, se trabalhador avulso, e no Instituto Nacional do Seguro Social-INSS, nos demais casos.
 - 1º Incumbe ao segurado a inscrição do dependente, que deve ser feita, quando possível, no ato de sua inscrição.
 - 1º Para comprovação do vínculo e da dependência econômica, conforme o caso, devem ser apresentados no mínimo três dos seguintes documentos:
 - Certidão de nascimento de filho havido em comum;
 - Certidão de casamento religioso;
 - Declaração do imposto de renda do segurado, em que conste o interessado como seu dependente;
 - Disposição testamentária;
 - Anotação constante na Carteira Profissional -CP e; ou na Carteira de Trabalho e Previdência Social -CTPS, feita pelo órgão competente;
 - Declaração especial feita perante tabelião;
 - Prova de mesmo domicílio;
 - Prova de encargo domésticos evidentes e existência de sociedade ou comunhão nos atos da vida civil;
 - Procuração ou fiança reciprocamente outorgada;
 - Conta bancária conjunta;
 - Registro em associação em qualquer natureza, onde conste o interessado como dependente do segurado;
 - Anotação constante de ficha ou livro de registro de empregados;
 - Apólice de seguro da qual conste o segurado como instituidor do seguro e a pessoa interessada como sua beneficiária;
 - Fixa de tratamento em instituição de assistência médica, da qual conste o segurado como responsável;
 - Escritura de compra e venda de imóvel pelo segurado em nome e dependente;
 - Declaração de não emancipação do dependente menor de 21 anos;
 - Quaisquer outros que possam levar à convicção do fato a comprovar.

Obs.: A validação das informações cadastrais pela unidade competente no campo _____ dispensará o envio das cópias dos documentos comprobatórios.

(X) Países que têm acordo com os Estados Parte do MERCOSUL:

	Argentina	Brasil	Paraguay	Uruguay
Bolivia				X
Cabo Verde		X		
Canadá				X
Colômbia				X
Costa Rica				X
Chile	X	X		X
Equador				X
Espanha	X	X	X	X
EE.UU.				X
Grécia	X	X		X
Itália	X	X		X
Israel				X
Portugal	X	X		X
Suíça				X
Venezuela				X
Luxemburgo		X		

9 - Organismo de Enlace Remitente / Organismo de Ligação Remetente:

Denominación / Nome do Organismo	
Dirección / Endereço	
Nº de Teléfono / Telefone:	Correo Electrónico / E-mail:

Fecha / Data: ____/____/____

Firma/Assinatura y Sello/Carimbo del Organismo de Enlace/Ligação