

**SOLICITUD DE PRESTACIONES DEL CONVENIO MULTILATERAL
IBEROAMERICANO DE SEGURIDAD SOCIAL
PEDIDO DE PRESTAÇÕES AO ABRIGO DA CONVENÇÃO
MULTILATERAL IBEROAMERICANA DE SEGURANÇA SOCIAL**

Por la presente solicito toda prestación que se me pudiera abonar conforme a lo previsto en el artículo 13 del Acuerdo de Aplicación del Convenio Multilateral Iberoamericano de Seguridad Social, de 11 de septiembre de 2009, que regula el derecho a las prestaciones.

Solicito todas as prestações que me possam ser devidas em conformidade com as disposições do Artigo 13 do Acordo sobre Aplicação do Acordo Multilateral Ibero-Americano de Segurança Social de 11 de Setembro de 2009, que regula o direito às prestações.

Jubilación/*Velhice* Incapacidad/*Invalidez* Supervivencia/*Pensão de sobrevivência/ Pensão por morte*

Apellidos y nombre del causante /*Apelido(s) / Sobrenome(s) e nome próprio do falecido:*

Documento identificativo del causante /*Apelido(s) / Sobrenome(s) e nome próprio do falecido:*

Apellidos y nombre del solicitante /*Apelido e nome próprio do requerente:*

Documento identificativo del país en que se presenta la solicitud / *Documento de identidade emitido no país em que o requerimento está a ser apresentado:*

Dirección /*Direcção:*

Firma /*Assinatura:*

Fecha /*Data :*

País o países por el que se solicita la pensión /*País ou países para os quais a pensão é solicitada:*

EL SOLICITANTE

CERTIFICA que los datos contenidos en esta solicitud son verdaderos, completos y de su conocimiento /
CERTIFICA que os dados contidos neste requerimento são verdadeiros, completos e de seu conhecimento.

AUTORIZA a la Institución Competente u Organismo de Enlace del Estado donde presenta la solicitud a proporcionar a las Instituciones Competentes de los Estados donde alega períodos de seguro toda la información y los documentos relacionados con esta solicitud /

AUTORIZA a Instituição Competente ou o Organismo de Ligação do Estado ao qual o requerimento é apresentado a fornecer às Instituições Competentes dos Estados onde invoca períodos de seguro, toda as informações e documentos relevantes para este requerimento.

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 que é sua obrigação informar imediatamente a Instituição Competente ou Organismo de Ligação sobre qualquer alteração na sua situação pessoal ou familiar (morte ou emancipação de dependentes) que possa ter efeito na pensão/Benefício reconhecida(o), fornecendo a documentação necessária. Em caso de não cumprimento poderá incorrer numa infração punível e na obrigação de devolução dos montantes indevidamente recebidos, de acordo com a legislação do Estado competente.

Firma del solicitante / Assinatura do solicitante