

**FORMULARIO DE ENLACE RELATIVO A LA SOLICITUD DE PRESTACIÓN DE ..... (1)**  
**Título III, Capítulos III, IV y V del Convenio**  
**Artículos 7 y 8 del Acuerdo Administrativo**

El presente formulario será cumplimentado en aquéllo que le afecte, por la Institución ante la cual se presente la solicitud y remitido, en duplicado ejemplar, a la Institución competente de la otra Parte. Esta devolverá un ejemplar del formulario en el que se certifiquen los períodos de seguro cumplidos bajo su legislación, a la Institución a quien corresponde la instrucción del expediente, a solicitud de la misma.

Fecha de presentación de la solicitud .....

Ref./ Nº expte.: .....

**1. DATOS RELATIVOS AL ASEGURADO Y SU CÓNYUGE**

	ASEGURADO	CÓNYUGE
- Apellidos		
- Nombre		
- Nombre del padre		
- Nombre de la madre		
- Fecha de nacimiento		
- Nº de afiliación		
En España		
En Filipinas		
- Sexo		
- Nacionalidad		
- Estado civil (2)		
- D. N. I. (3)		
- Fecha de matrimonio		
- Fecha de fallecimiento		
- Lugar de fallecimiento		
- Causa de fallecimiento		
- <input type="checkbox"/> Ha sido reconocido incapacitado para el trabajo? (4)		
- <input type="checkbox"/> Trabaja actualmente?		
- Fecha en que ha dejado de trabajar		
- Fecha en que se propone cesar		
- <input type="checkbox"/> Percibe o percibía alguna prestación?		
- En caso afirmativo, indicar:		
- Clase de prestación		
- Organismo que la satisface (Denominación y dirección)		
- Fecha de efectos		
- Cuantía mensual de la prestación		
- No. de pagas anuales de la prestación		
- Domicilio completo (5)		

**3. DATOS DE LOS FAMILIARES QUE PUEDEN CAUSAR DERECHO A PRESTACIONES (6)**

APELLIDOS Y NOMBRE	Grado de parentesco	Fecha de nacimiento	☐Convivió o convive con el asegurado? (7)	☐Dependía o depende económicamente del asegurado? (7)	☐Está incapacitado para el trabajo? (7)	☐Trabaja ?	☐Es pensionista o titular de renta? (8)
						(7)	

**3.1 DECLARACIÓN DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS POR EL ASEGURADO EN ESPAÑA**

NOMBRE DE LA EMPRESA	Dirección	Periodo	
		Desde	Hasta

**3.2 DECLARACIÓN DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS POR EL ASEGURADO EN FILIPINAS**

NOMBRE DE LA EMPRESA	Dirección	Periodo	
		Desde	Hasta

**4. DATOS REFERENTES A LOS PERIODOS DE SEGURO CUBIERTOS POR EL ASEGURADO**

**4.1. A cumplimentar por la Institución receptora de la solicitud**

PERIODOS DE SEGURO		PERIODOS DE COTIZACIÓN		PERIODOS EQUIVALENTES DÍAS
DESDE	HASTA	VOLUNTARIOS DÍAS	OBLIGATORIOS DÍAS	
TOTALES				

**4.2. A cumplimentar por la Institución del otro Estado**

TOTALES				



## INSTRUCCIONES

El presente formulario se cumplimentará a máquina o en caracteres de imprenta, utilizando únicamente las líneas de puntos.

## NOTAS

- (1) Anotar lo que corresponda: Vejez, Invalidez o Supervivencia.
- (2) Indicar según los casos, soltero(a), casado(a), viudo(a) o divorciado(a).
- (3) Para los nacionales españoles indicar el número del Documento Nacional de Identidad (D.N.I) - aunque esté caducado. Si no lo posee indicar expresamente "no lo tiene".
- (4) Indicar SÍ o NO, y en caso afirmativo, adjuntar informe médico (formulario E/F 4 sobre las causas y grado de incapacidad del causante y posibilidad razonable de recuperación).
- (5) Calle, número, código postal, localidad, provincia, país.
- (6) Hijos, padres u otros derechohabientes.
- (7) Indicar SÍ o NO.
- (8) En caso afirmativo, indicar a continuación:
  - Naturaleza de la pensión.
  - Institución deudora.
  - Fecha desde que la percibe.
  - Fecha eventual del cese de su percepción.
  - Importe mensual de la pensión o renta.