FORMULARIO DE ENLACE RELATIVO A LA SOLICITUD DE PRESTACIÓN DE
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		
_	⊕Ha sido reconocido incapacitado para el trabajo? (4)		
_	⊕Trabaja actualmente?		
_	Fecha en que ha dejado de trabajar		
_	Fecha en que se propone cesar		
_	ூ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)		

APELLIDOS Y NOMBRE	Grado de parentesco	Fecha de nacimiento	convive con el asegurado? (7)	económica- mente del asegurado? (7)	incapacita- do para el trabajo? (7)	① Trab ? (7)	aja pensionista o titular de renta? (8)
3.1 DECLARACÍON DE ACTIVI	DADES DES	SARROLLA	DAS POR EL	ASEGURADO	EN ESPAÑ		
NOMBRE DE LA EMPRESA		Di	reccíon		Desd	Perio e	odo Hasta
3.2 DECLARACÍON DE ACTIVII	DADES DES	ARROLLAD	DAS POR EL A	ASEGURADO	EN FILIPINA 	AS Perio	odo
NOMBRE DE LA EMPRESA		Di	reccíon		Desd		Hasta
4. DATOS REFERENTES A LO	S PERIODO	S DE SEGL	JRO CUBIERT	OS POR EL A	SEGURAD	0	
4.1. A cumplimentar por la						_	
PERIOD	OS DE SEGL	JRO	ic la solicitad	PERIODOS VOLUNTARIOS	DE COTIZAC		PERIODOS
DESDE		HASTA		DÍAS	S OBLIGAT S DÍAS		EQUIVALENTES DÍAS
TOTAL	FS						
		dal stric = :	4	I	l		
4.2. A cumplimentar por la	institucion	aeı otro Est	ado				
TOTAL							

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

Dependía o depende

económica-

DEstá

⊕Trabaja ?

DEs

⊅Convivía o

5. DETERMINACION DE LA PRESTAC	CIÓN A CARGO DE ESPAÑA	
Clase de la prestacíon	Fecha de efectos	Importe mensual
Por totalizac	sión Sin totalización	
Motivos por los cuales no se ab	oona ninguna prestación	
6. DETERMINACIÓN DE LA PRESTAC	IÓN A CARGO DE FILIPINAS	
Clase de la prestacíon	Fecha de efectos	Importe mensual
L		
Por totalizac	sión Sin totalización	
Motivos por los cuales no se ab	oona ninguna prestación	
7. INSTITUCIÓN RECEPTORA DE LA	SOLICITUD	
	002.01102	
Denominación BILATER	AL AGREEMENTS DEPARTMENT, SOCIAL S	SECURITY SYSTEM
	AL AGREEMENTS DEPARTMENT, SOCIAL S	
	AL AGREEMENTS DEPARTMENT, SOCIAL SEast Ave., Diliman, Quezon City, PHILIPPI	
Dirección (5)	AL AGREEMENTS DEPARTMENT, SOCIAL S East Ave., Diliman, Quezon City, PHILIPPI e la otra Parte devuelva no dev	NES
Dirección (5) E	AL AGREEMENTS DEPARTMENT, SOCIAL SEast Ave., Diliman, Quezon City, PHILIPPI e la otra Parte devuelva no devuelo.	NES
Dirección (5) Solicita a la Institución competente de formulario debidamente cumplimenta	AL AGREEMENTS DEPARTMENT, SOCIAL SEast Ave., Diliman, Quezon City, PHILIPPI e la otra Parte devuelva no devuelo.	NES ruelva, un ejemplar del presente
Dirección (5) Solicita a la Institución competente de formulario debidamente cumplimenta	AL AGREEMENTS DEPARTMENT, SOCIAL SEast Ave., Diliman, Quezon City, PHILIPPI e la otra Parte devuelva no devuelo.	NES
Dirección (5) Solicita a la Institución competente de formulario debidamente cumplimenta	AL AGREEMENTS DEPARTMENT, SOCIAL SEast Ave., Diliman, Quezon City, PHILIPPI e la otra Parte devuelva no devuelo.	NES
Solicita a la Institución competente de formulario debidamente cumplimentad	AL AGREEMENTS DEPARTMENT, SOCIAL SEast Ave., Diliman, Quezon City, PHILIPPI e la otra Parte devuelva no devuelva fecha	NES
Dirección (5) Solicita a la Institución competente de formulario debidamente cumplimenta	AL AGREEMENTS DEPARTMENT, SOCIAL SEast Ave., Diliman, Quezon City, PHILIPPI e la otra Parte devuelva no devuelva fecha	NES
Dirección (5) Solicita a la Institución competente de formulario debidamente cumplimentado Sello 8. INSTITUCIÓN DE LA OTRA PARTE	AL AGREEMENTS DEPARTMENT, SOCIAL SEast Ave., Diliman, Quezon City, PHILIPPI e la otra Parte devuelva no devuelva fecha	ruelva, un ejemplar del presente Firma
Dirección (5) Solicita a la Institución competente de formulario debidamente cumplimentado Sello 8. INSTITUCIÓN DE LA OTRA PARTE Denominación	AL AGREEMENTS DEPARTMENT, SOCIAL SEast Ave., Diliman, Quezon City, PHILIPPI e la otra Parte devuelva no devuelva. Fecha	ruelva, un ejemplar del presente Firma
Solicita a la Institución competente de formulario debidamente cumplimentado Sello 8. INSTITUCIÓN DE LA OTRA PARTE Denominación	AL AGREEMENTS DEPARTMENT, SOCIAL SEast Ave., Diliman, Quezon City, PHILIPPI e la otra Parte devuelva no devuelva. Fecha	ruelva, un ejemplar del presente Firma
Solicita a la Institución competente de formulario debidamente cumplimental Sello 8. INSTITUCIÓN DE LA OTRA PARTE Denominación	AL AGREEMENTS DEPARTMENT, SOCIAL SEast Ave., Diliman, Quezon City, PHILIPPI e la otra Parte devuelva no devuelva. Fecha	ruelva, un ejemplar del presente Firma
Solicita a la Institución competente de formulario debidamente cumplimentado Sello 8. INSTITUCIÓN DE LA OTRA PARTE Denominación	AL AGREEMENTS DEPARTMENT, SOCIAL SEast Ave., Diliman, Quezon City, PHILIPPI e la otra Parte devuelva no devuelva. Fecha	ruelva, un ejemplar del presente Firma
Solicita a la Institución competente de formulario debidamente cumplimental Sello 8. INSTITUCIÓN DE LA OTRA PARTE Denominación	AL AGREEMENTS DEPARTMENT, SOCIAL SEast Ave., Diliman, Quezon City, PHILIPPI e la otra Parte devuelva no devuelva. Fecha	ruelva, un ejemplar del presente Firma

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.