

# Canada/Spain Convention

## Applying for Spanish invalidity benefits

Here is some important information you need to consider when completing your application.

Please ensure you sign the application. If you are signing with a mark, (for example: "X") the signature of a witness is required.

Your application must be supported by documentation. Please submit the documents requested. Failure to complete the application and provide the requested documentation may result in delays in processing your application.

Where original documents are specifically requested, originals must be submitted with your application. You should keep a certified true copy of any originals you send us for your records. Some countries require original documentation which will not be returned to you.

You may submit the original or a photocopy that is certified as true for any of the documents where originals are not required. It is better to send certified copies of documents rather than originals. If you choose to send original documents, send them by registered mail. We will return the original documents to you. We can only accept a photocopy of an original document if it is legible and if it is a certified true copy of the original. Our staff at any Service Canada centre will photocopy your documents and certify them free of charge. If you cannot visit a Service Canada Centre, you can ask one of the following people to certify your photocopy:

Accountant; Chief of First Nations Band; Commissioner for Oaths; Employee of a Service Canada Centre acting in an official capacity; Funeral Director; Justice of the Peace; Lawyer, Magistrate, Notary; Manager of Financial Institution; Medical and Health Practitioners: Chiropractor, Dentist, Doctor, Naturopathic Doctor, Nurse Practitioner, Ophthalmologist, Optometrist, Pharmacist, Psychologist, Registered Nurse; Member of Parliament or their staff; Member of Provincial Legislature or their staff; Minister of Religion; Municipal Clerk; Official of a federal government department or provincial government department, or one of its agencies; Official of an Embassy, Consulate or High Commission; Officials of a country with which Canada has a reciprocal Social Security Agreement; Police Officer; Professional Engineer; Social Worker; Teacher, University Professor.

People who certify photocopies must compare the original document to the photocopy, state their official position or title, sign and print their name, give their telephone number and indicate the date they certified the document.

They must also write the following statement on the photocopy: **This photocopy is a true copy of the original document which has not been altered in any way.**

If a document has information on both sides, both sides must be copied and certified. You cannot certify photocopies of your own documents, and you cannot ask a relative to do it for you.

Return your completed application, forms and supporting documents to:

International Operations  
Service Canada  
P.O. Box 250  
Fredericton, NB E3B 4Z6  
CANADA

**Disclaimer:**

This application form has been developed by external sources in cooperation with Employment and Social Development Canada. The content and language contained in the form respond to the legislative needs of those external sources.

**CONVENIO DE SEGURIDAD SOCIAL ENTRE ESPAÑA Y CANADÁ/  
AGREEMENT ON SOCIAL SECURITY BETWEEN SPAIN AND CANADA/  
CONVENTION DE SÉCURITÉ SOCIALE ENTRE L'ESPAGNE ET LE CANADA**

**SOLICITUD DE PRESTACIONES CONFORME A LA LEGISLACIÓN ESPAÑOLA POR/  
CLAIM FOR BENEFITS UNDER SPANISH LEGISLATION/  
DEMANDE DE PRESTATIONS EN VERTU DE LA LEGISLATION ESPAGNOLE POUR<sup>(1)</sup>**

- ☐ **Jubilación**/Old Age benefits/*Vieillesse*
- ☐ **Incapacidad**/Invalidity Benefits/*Invalidité*
- ☐ **Muerte y supervivencia**/Death and Survivor's Benefits/*Décès et survivants*

**Título III del Convenio/Part III of Agreement/Titre III de la Convention**

**Artículos 6 y 7 del Acuerdo Administrativo/Sections 6 y 7 of the Administrative Arrangement/  
Articles 6 et 7 de l'Arrangement Administratif**

**A cumplimentar en todo caso/To be completed in all cases/À remplir dans tous les cas**

**Número de Seguro social de Canadá/** .....  
Canadian Social insurance Number/  
*Numéro d'assurance sociale du Canada*

**1 DATOS PERSONALES DEL ASEGURADO/SOLICITANTE Y DE SU CÓNYUGE/  
PERSONAL INFORMATION REGARDING THE INSURED PERSON/CLAIMANT AND HIS/HER SPOUSE/  
RENSEIGNEMENTS PERSONNELS CONCERNANT LA PERSONNE ASSURÉE/DEMANDEUR ET SON CONJOINT**

| DATOS/DATA/DONNÉES                                                                                    | Del solicitante/Claimant/Demandeur(2) | Del cónyuge/Spouse/Conjoint(3) |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------|
| <b>1.1 Apellidos/<br/>Surnames/<br/>Noms de famille(4)</b>                                            | 1.1                                   | 1.1                            |
| <b>1.2 Apellidos de soltera/<br/>Maiden name/<br/>Nom de jeune fille (4)</b>                          | 1.2                                   | 1.2                            |
| <b>1.3 Nombre/<br/>First Name/<br/>Prénom</b>                                                         | 1.3                                   | 1.3                            |
| <b>1.4 Nombre de los padres/<br/>Name of parents/<br/>Nom des parents</b>                             | 1.4                                   | 1.4                            |
| <b>1.5 Dirección actual/<br/>Current address<br/>l'adresse actuelle(5)</b>                            | 1.5                                   | 1.5                            |
| <b>1.6 Último domicilio en<br/>España/<br/>Last address in Spain/<br/>Dernier domicile en Espagne</b> | 1.6                                   | 1.6                            |
| <b>1.7 Fecha de nacimiento/<br/>Date of birth/<br/>Date de naissance</b>                              | 1.7 DD/MM/AAAA-DD/MM/YYYY             | 1.7 DD/MM/AAAA-DD/MM/YYYY      |

| DATOS/DATES/DONNÉES                                                                                                                                            | Del solicitante/Claimant/Demandeur(2)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Del cónyuge/Spouse/Conjoint(3)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>1.8 Lugar de nacimiento/</b><br>Place of birth/<br><i>Lieu de naissance</i>                                                                                 | 1.8                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 1.8                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>1.9 Nacionalidad/</b><br>Citizenship/<br><i>Nationalité</i>                                                                                                 | 1.9<br><input type="checkbox"/> Española/Spanish/ <i>Espagnole</i><br><input type="checkbox"/> Canadiense/Canadian/ <i>Canadienne</i><br><input type="checkbox"/> Otra/Other/ <i>Autre</i>                                                                                                                                                                                                   | 1.9<br><input type="checkbox"/> Española/Spanish/ <i>Espagnole</i><br><input type="checkbox"/> Canadiense/Canadian/ <i>Canadienne</i><br><input type="checkbox"/> Otra/Other/ <i>Autre</i>                                                                                                                                                                                                   |
| <b>1.10 Sexo/</b><br>Sex/<br><i>Sexe</i>                                                                                                                       | 1.10<br><input type="checkbox"/> Hombre/Male/ <i>Masculin</i><br><input type="checkbox"/> Mujer/Female/ <i>Féminin</i>                                                                                                                                                                                                                                                                       | 1.10<br><input type="checkbox"/> Hombre/Male/ <i>Masculin</i><br><input type="checkbox"/> Mujer/Female/ <i>Féminin</i>                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>1.11 Documento de identificación:</b><br><b>Número de DNI, NIE/</b><br>Number of Identity Card/<br><i>N° de la Carte d'Identité(6)</i>                      | 1.11<br><input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> NIE<br>N° .....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 1.11<br><input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> NIE<br>N° .....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>1.12 Número de afiliación a la Seguridad Social española/</b><br>Spanish Social Security number/<br><i>N° d'affiliation à la Sécurité Sociale espagnole</i> | 1.12<br>N° .....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 1.12<br>N° .....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>1.13 Estado civil/</b><br>Civil status/<br><i>État civil</i>                                                                                                | 1.13<br><input type="checkbox"/> Soltero/Single/ <i>Célibataire</i><br><input type="checkbox"/> Casado/Married/ <i>Mariage</i><br><input type="checkbox"/> Pareja de hecho/Facto partner/ <i>Conjoint</i><br><input type="checkbox"/> Separado/Separated/ <i>Séparé</i><br><input type="checkbox"/> Divorciado/Divorced/ <i>Divorcé</i><br><input type="checkbox"/> Viudo/Widow/ <i>Veuf</i> | 1.13<br><input type="checkbox"/> Soltero/Single/ <i>Célibataire</i><br><input type="checkbox"/> Casado/Married/ <i>Mariage</i><br><input type="checkbox"/> Pareja de hecho/Facto partner/ <i>Conjoint</i><br><input type="checkbox"/> Separado/Separated/ <i>Séparé</i><br><input type="checkbox"/> Divorciado/Divorced/ <i>Divorcé</i><br><input type="checkbox"/> Viudo/Widow/ <i>Veuf</i> |
| <b>1.14 Fecha de matrimonio/</b><br>Date of marriage/<br><i>Date du mariage</i>                                                                                | 1.14 DD/MM/AAAA-DD/MM/YYYY                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 1.14 DD/MM/AAAA-DD/MM/YYYY                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>1.15 Fecha de inscripción como pareja de hecho/</b><br>Date of inscription as facto partner/<br><i>Date de l'enregistrement comme conjoint</i>              | 1.15 DD/MM/AAAA-DD/MM/YYYY                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 1.15 DD/MM/AAAA-DD/MM/YYYY                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>1.16 Fecha del divorcio o de separación/</b><br>Date of divorce or separation/<br><i>Date du divorce ou séparation</i>                                      | 1.16 DD/MM/AAAA-DD/MM/YYYY                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 1.16 DD/MM/AAAA-DD/MM/YYYY                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>1.17 Fecha de nuevas nupcias/</b><br>Date of remarried/<br><i>Date de remariage</i>                                                                         | 1.17 DD/MM/AAAA-DD/MM/YYYY                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>1.18 Fecha de fallecimiento/</b><br>Date of death/<br><i>Date du décès</i>                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 1.18 DD/MM/AAAA-DD/MM/YYYY                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>1.19 País de fallecimiento/</b><br>Country of death/<br><i>Pays du décès</i>                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 1.19                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |

## DATOS/DATES/DONNÉES

## Del solicitante/Claimant/Demandeur(2)

## Del cónyuge/Spouse/Conjoint(3)

|                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>1.20 Causa del fallecimiento/</b><br>Cause of death/<br>Cause du décès                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 1.20<br><input type="checkbox"/> <b>Accidente de trabajo/</b><br>Industrial accident/ <i>Accident du travail</i><br><input type="checkbox"/> <b>Enfermedad profesional/</b><br>Occupational disease/ <i>Maladie professionnelle</i><br><input type="checkbox"/> <b>Accidente no laboral/</b><br>Non-industrial accident/ <i>Accident non professionnel</i><br><input type="checkbox"/> <b>Enfermedad común/</b><br>Common illness/ <i>Maladie commune</i> |
| <b>1.21 ¿Se considera el interesado incapacitado para el trabajo?/</b><br>Does the claimant consider himself/herself unfit for work?/<br><i>L'intéressé(e) se considère-t-il (elle) inapte au travail?</i>                                                              | 1.21<br><input type="checkbox"/> <b>Sí/Yes/Oui</b> <input type="checkbox"/> <b>No/Not/Non</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>1.22 ¿Realiza actividad laboral?/</b><br>Is he / she working at present?/<br><i>Travaille-t-il (elle) encore?</i>                                                                                                                                                    | 1.22<br><input type="checkbox"/> <b>Sí/Yes/Oui</b> <input type="checkbox"/> <b>No/Not/Non</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 1.22<br><input type="checkbox"/> <b>Sí/Yes/Oui</b> <input type="checkbox"/> <b>No/Not/Non</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>1.23 El asegurado declara que a partir de la fecha de la pensión de jubilación-incapacidad/</b><br>The insured person declares that from the old age-invalidity benefits date/<br><i>L'assuré déclare que après la date de la pension de retraite-invalidité (7)</i> | 1.23<br><input type="checkbox"/> <b>No ejercerá actividad remunerada/</b><br>He/she will not pursue a gainful employment/<br><i>Il n'exercera pas une activité salariée</i><br><input type="checkbox"/> <b>Ejercerá actividad remunerada en/</b><br>He/she will pursue a gainful employment in/<br><i>Il exercera une activité salariée en</i><br><b>País/Country/Pays</b> ..... |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>1.24 ¿Está acogido a Convenio Especial?/</b><br>Does the claimant belong to a special plan (Voluntary Insurance?)/<br><i>Bénéficie-t-il (elle) d'une convention spéciale (assurance volontaire)?</i>                                                                 | 1.24<br><input type="checkbox"/> <b>Sí/Yes/Oui</b> <input type="checkbox"/> <b>No/Not/Non</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 1.24<br><input type="checkbox"/> <b>Sí/Yes/Oui</b> <input type="checkbox"/> <b>No/Not/Non</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>1.25 Fecha en que ha dejado de trabajar/</b><br>Date on which employment ceased/<br><i>Date d'arrêt de travail</i>                                                                                                                                                   | 1.25 <b>DD/MM/AAAA-DD/MM/YYYY</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 1.25 <b>DD/MM/AAAA-DD/MM/YYYY</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>1.26 Fecha en que se propone cesar en el trabajo/</b><br>Date on which employment is expected to cease/<br><i>Date prévue d'arrêt de travail</i>                                                                                                                     | 1.26 <b>DD/MM/AAAA-DD/MM/YYYY</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 1.26 <b>DD/MM/AAAA-DD/MM/YYYY</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>1.27 ¿Percibe alguna prestación?/</b><br>Is any benefit paid?/<br><i>Une prestation est-elle versée?</i>                                                                                                                                                             | 1.27<br><input type="checkbox"/> <b>Sí/Yes/Oui</b> <input type="checkbox"/> <b>No/Not/Non</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 1.27<br><input type="checkbox"/> <b>Sí/Yes/Oui</b> <input type="checkbox"/> <b>No/Not/Non</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |

## DATOS/DATES/DONNÉES

## Del solicitante/Claimant/Demandeur(2)

## Del cónyuge/Spouse/Conjoint(3)

|                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>1.28 ¿Ha percibido alguna prestación?/</b><br>Has any benefit been paid?/<br><i>Une prestation a-t-elle été versée?</i>                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> <b>Sí/Yes/Oui</b> <input type="checkbox"/> <b>No/Not/Non</b>                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> <b>Sí/Yes/Oui</b> <input type="checkbox"/> <b>No/Not/Non</b>                                                                                                                                                                          |
| <b>1.29 Si uno de los puntos 1.27 ó 1.28 es afirmativo, indicar:</b><br><b>Clase de prestación/</b><br>If either 1.27 or 1.28 is affirmative please state:<br>Type of benefit/<br><i>Dans l'affirmative à 1.27 ou 1.28 indiquer:</i><br><i>Le type de prestation</i> | 1.29<br><input type="checkbox"/> <b>Vejez/Old age/Vieillesse</b><br><input type="checkbox"/> <b>Incapacidad/Invalidity/Invalidité</b><br><input type="checkbox"/> <b>Supervivencia/Survival/Survivants</b><br><input type="checkbox"/> <b>Otra/Other/Autre</b> | 1.29<br><input type="checkbox"/> <b>Vejez/Old age/Vieillesse</b><br><input type="checkbox"/> <b>Incapacidad/Invalidity/Invalidité</b><br><input type="checkbox"/> <b>Supervivencia/Survival/Survivants</b><br><input type="checkbox"/> <b>Otra/Other/Autre</b> |
| <b>Organismo que la abona/</b><br>Institution responsible for payment/<br><i>L'organisme responsable du paiement</i>                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Importe anual/</b><br>Yearly amount/<br><i>Le montant annuel(8)</i>                                                                                                                                                                                               | .....                                                                                                                                                                                                                                                          | .....                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Fecha de inicio de la prestación/</b><br>Date of commencement of the benefit/<br><i>La date du début des paiements</i>                                                                                                                                            | <b>DD/MM/AAAA-DD/MM/YYYY</b>                                                                                                                                                                                                                                   | <b>DD/MM/AAAA-DD/MM/YYYY</b>                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>1.30 Ingresos/</b><br>Incomes/<br><i>Revenus</i>                                                                                                                                                                                                                  | 1.30<br><input type="checkbox"/> <b>Sí/Yes/Oui</b> <input type="checkbox"/> <b>No/Not/Non</b>                                                                                                                                                                  | 1.30<br><input type="checkbox"/> <b>Sí/Yes/Oui</b> <input type="checkbox"/> <b>No/Not/Non</b>                                                                                                                                                                  |
| <b>Rendimientos de trabajo/</b><br>Salary/wage income/<br><i>Revenus au travail</i><br><br><b>Indicar importe anual/</b><br>Indicate yearly amount/<br><i>Indiquer le montant annuel(8)</i>                                                                          | <input type="checkbox"/> <b>Sí/Yes/Oui</b> <input type="checkbox"/> <b>No/Not/Non</b><br><br>.....                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> <b>Sí/Yes/Oui</b> <input type="checkbox"/> <b>No/Not/Non</b><br><br>.....                                                                                                                                                             |
| <b>Rendimientos de capital/</b><br>Investment income/<br><i>Revenus au capital</i><br><br><b>Indicar importe anual/</b><br>Indicate yearly amount/<br><i>Indiquer le montant annuel(8)</i>                                                                           | <input type="checkbox"/> <b>Sí/Yes/Oui</b> <input type="checkbox"/> <b>No/Not/Non</b><br><br>.....                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> <b>Sí/Yes/Oui</b> <input type="checkbox"/> <b>No/Not/Non</b><br><br>.....                                                                                                                                                             |
| <b>Otros ingresos/</b><br>Others incomes/<br><i>Autres revenus</i><br><br><b>Indicar importe anual/</b><br>Indicate yearly amount/<br><i>Indiquer le montant annuel(8)</i>                                                                                           | <input type="checkbox"/> <b>Sí/Yes/Oui</b> <input type="checkbox"/> <b>No/Not/Non</b><br><br>.....                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> <b>Sí/Yes/Oui</b> <input type="checkbox"/> <b>No/Not/Non</b><br><br>.....                                                                                                                                                             |

CAN - E1 (4)

20170530

2

**A CUMPLIMENTAR ÚNICAMENTE EN EL SUPUESTO DE SOLICITUD DE PENSIÓN DE INCAPACIDAD/**  
**TO BE COMPLETED ONLY WHEN CLAIMING AN INVALIDITY BENEFITS/**  
**À REMPLIR UNIQUEMENT EN CAS D'UNE DEMANDE DE PENSION D'INVALIDITÉ**

**ORIGEN DE LA INCAPACIDAD/CAUSE OF INVALIDITY/CAUSE DE L'INVALIDITÉ**

|                                                                                                |                                                                                                                    |                                                                                                                        |                                                                                                             |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> <b>Enfermedad común/</b><br>Common illness/<br><i>Maladie commune</i> | <input type="checkbox"/> <b>Enfermedad profesional/</b><br>Occupational disease/<br><i>Maladie professionnelle</i> | <input type="checkbox"/> <b>Accidente no laboral/</b><br>Non-industrial accident/<br><i>Accident non professionnel</i> | <input type="checkbox"/> <b>Accidente de trabajo/</b><br>Industrial accident/<br><i>Accident du travail</i> |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

## 3 HIJOS/CHILDREN/ENFANTS

|                                                                                                                                                                                       |                                                                                                |                                                                                                |                                                                                                |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>3.1 Apellidos y nombre/<br/>Surnames and name/<br/>Noms et prénoms</b>                                                                                                             | <b>1° Hijo/Child/Enfant</b><br>.....<br>.....<br>.....                                         | <b>2 ° Hijo/Child/Enfant</b><br>.....<br>.....<br>.....                                        | <b>3 ° Hijo/Child/Enfant</b><br>.....<br>.....<br>.....                                        |
| <b>3.2 Fecha de nacimiento/<br/>Date of birth/<br/>Date de naissance</b>                                                                                                              | <b>DD/MM/AAAA-DD/MM/YYYY</b>                                                                   | <b>DD/MM/AAAA-DD/MM/YYYY</b>                                                                   | <b>DD/MM/AAAA-DD/MM/YYYY</b>                                                                   |
| <b>3.3 Documento de identificación:<br/>Número de DNI, NIE/<br/>Number of Identity Card/<br/>N° de la Carte d'Identité(6)</b>                                                         | <input type="checkbox"/> <b>DNI</b> <input type="checkbox"/> <b>NIE</b><br>N° .....            | <input type="checkbox"/> <b>DNI</b> <input type="checkbox"/> <b>NIE</b><br>N° .....            | <input type="checkbox"/> <b>DNI</b> <input type="checkbox"/> <b>NIE</b><br>N° .....            |
| <b>3.4 ¿Está incapacitado<br/>para el trabajo?/<br/>Is he/she unfit for work?/<br/>Est-il(elle) inapte au travail?</b>                                                                | <input type="checkbox"/> <b>Sí/Yes/Oui</b> <input type="checkbox"/> <b>No/Not/Non</b>          | <input type="checkbox"/> <b>Sí/Yes/Oui</b> <input type="checkbox"/> <b>No/Not/Non</b>          | <input type="checkbox"/> <b>Sí/Yes/Oui</b> <input type="checkbox"/> <b>No/Not/Non</b>          |
| <b>3.5 ¿Trabaja?/<br/>Is he/she work/<br/>Est-il(elle) Travail?</b>                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> <b>Sí/Yes/Oui</b> <input type="checkbox"/> <b>No/Not/Non</b>          | <input type="checkbox"/> <b>Sí/Yes/Oui</b> <input type="checkbox"/> <b>No/Not/Non</b>          | <input type="checkbox"/> <b>Sí/Yes/Oui</b> <input type="checkbox"/> <b>No/Not/Non</b>          |
| <b>3.6 Ingresos/<br/>Incomes/<br/>Revenus</b>                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> <b>Sí/Yes/Oui</b> <input type="checkbox"/> <b>No/Not/Non</b>          | <input type="checkbox"/> <b>Sí/Yes/Oui</b> <input type="checkbox"/> <b>No/Not/Non</b>          | <input type="checkbox"/> <b>Sí/Yes/Oui</b> <input type="checkbox"/> <b>No/Not/Non</b>          |
| <b>3.7 Rendimientos de trabajo/<br/>Salary/wage income/<br/>Revenus au travail</b><br><br><b>Indicar importe anual/<br/>Indicate yearly amount/<br/>Indiquer le montant annuel(8)</b> | <input type="checkbox"/> <b>Sí/Yes/Oui</b> <input type="checkbox"/> <b>No/Not/Non</b><br>..... | <input type="checkbox"/> <b>Sí/Yes/Oui</b> <input type="checkbox"/> <b>No/Not/Non</b><br>..... | <input type="checkbox"/> <b>Sí/Yes/Oui</b> <input type="checkbox"/> <b>No/Not/Non</b><br>..... |
| <b>3.7 Rendimientos de capital/<br/>Investment income/<br/>Revenus au capital</b><br><br><b>Indicar importe anual/<br/>Indicate yearly amount/<br/>Indiquer le montant annuel(8)</b>  | <input type="checkbox"/> <b>Sí/Yes/Oui</b> <input type="checkbox"/> <b>No/Not/Non</b><br>..... | <input type="checkbox"/> <b>Sí/Yes/Oui</b> <input type="checkbox"/> <b>No/Not/Non</b><br>..... | <input type="checkbox"/> <b>Sí/Yes/Oui</b> <input type="checkbox"/> <b>No/Not/Non</b><br>..... |
| <b>3.9 Otros ingresos/<br/>Others incomes/<br/>Autres revenus</b><br><br><b>Indicar importe anual/<br/>Indicate yearly amount/<br/>Indiquer le montant annuel(8)</b>                  | <input type="checkbox"/> <b>Sí/Yes/Oui</b> <input type="checkbox"/> <b>No/Not/Non</b><br>..... | <input type="checkbox"/> <b>Sí/Yes/Oui</b> <input type="checkbox"/> <b>No/Not/Non</b><br>..... | <input type="checkbox"/> <b>Sí/Yes/Oui</b> <input type="checkbox"/> <b>No/Not/Non</b><br>..... |
| <b>3.10 Pensiones públicas<br/>State pensions<br/>Retraites publiques</b><br><br><b>Indicar importe anual/<br/>Indicate yearly amount/<br/>Indiquer le montant annuel(8)</b>          | <input type="checkbox"/> <b>Sí/Yes/Oui</b> <input type="checkbox"/> <b>No/Not/Non</b><br>..... | <input type="checkbox"/> <b>Sí/Yes/Oui</b> <input type="checkbox"/> <b>No/Not/Non</b><br>..... | <input type="checkbox"/> <b>Sí/Yes/Oui</b> <input type="checkbox"/> <b>No/Not/Non</b><br>..... |

4

**DECLARACIÓN DE ACTIVIDADES DEL ASEGURADO EN ESPAÑA/**  
**EMPLOYMENT HISTORY OF THE INSURED IN SPAIN/**  
**EMPLOIS PRÉCÉDENTS DE L'ASSURÉ EN ESPAGNE**

| <b>Nombre de la empresa, trabajos como autónomo, etc./</b><br>Name of the enterprise, details of self employment, etc./<br><i>Nom de l'entreprise, activités exercées en tant que le travailleur indépendant, etc.</i> | <b>Localidad y provincia/</b><br>City and province/<br><i>Localité et province</i> | <b>Período/Period/Période</b>       |                                  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------|
|                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                    | <b>Desde/</b><br>From/<br><i>De</i> | <b>Hasta/</b><br>To/<br><i>À</i> |
|                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                    |                                     |                                  |
|                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                    |                                     |                                  |
|                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                    |                                     |                                  |
|                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                    |                                     |                                  |
|                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                    |                                     |                                  |
|                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                    |                                     |                                  |
|                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                    |                                     |                                  |

5

**DECLARACIÓN DE ACTIVIDADES DEL ASEGURADO EN OTROS PAÍSES/**  
**EMPLOYMENT HISTORY OF THE INSURED IN OTHER COUNTRIES/**  
**EMPLOIS PRÉCÉDENTS DE L'ASSURÉ DANS D'AUTRES PAYS**

| <b>Nombre de la empresa, trabajos como autónomo, etc./</b><br>Name of the enterprise, details of self employment, etc./<br><i>Nom de l'entreprise, activités exercées en tant que le travailleur indépendant, etc.</i> | <b>Localidad/</b><br>City/<br><i>Localité</i> | <b>País/</b><br>Country/<br><i>Pays</i> | <b>Período/Period/Période</b>       |                                  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------|
|                                                                                                                                                                                                                        |                                               |                                         | <b>Desde/</b><br>From/<br><i>De</i> | <b>Hasta/</b><br>To/<br><i>À</i> |
|                                                                                                                                                                                                                        |                                               |                                         |                                     |                                  |
|                                                                                                                                                                                                                        |                                               |                                         |                                     |                                  |
|                                                                                                                                                                                                                        |                                               |                                         |                                     |                                  |
|                                                                                                                                                                                                                        |                                               |                                         |                                     |                                  |
|                                                                                                                                                                                                                        |                                               |                                         |                                     |                                  |
|                                                                                                                                                                                                                        |                                               |                                         |                                     |                                  |
|                                                                                                                                                                                                                        |                                               |                                         |                                     |                                  |

6

**CERTIFICACIÓN DATOS BANCARIOS Y PERSONALES/**  
**BANKING AND PERSONAL DATA CERTIFICATION**  
**CERTIFICATION DES DONNÉES BANCAIRES ET PERSONNELLES**

|                                                                                                                                       |                                  |                                               |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------------------|--|
| <b>DATOS ENTIDAD BANCARIA / BANKING INSTITUTION DATA/COORDONNÉES BANCAIRES</b>                                                        |                                  |                                               |  |
| <b>Titular de la cuenta / Holder / Titulaire du compte bancaire</b>                                                                   |                                  |                                               |  |
| <b>Nombre Entidad / Bank Name / Nom de la Banque</b>                                                                                  |                                  |                                               |  |
| <b>Número de Cuenta Bancaria / Bank Account Number / Numéro du compte bancaire</b>                                                    |                                  |                                               |  |
| Routing numbers / Numéros d'acheminement<br><div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin-top: 5px;"></div> |                                  | <b>Código / Code BIC/SWIFT</b>                |  |
| <b>Dirección / Address / Adresse</b>                                                                                                  |                                  |                                               |  |
| <b>Localidad / City / Localité</b>                                                                                                    |                                  | <b>Código postal / Postcode / Code postal</b> |  |
| <b>País / Country / Pays</b>                                                                                                          |                                  | <b>Provincia / Province / Province</b>        |  |
| <b>Teléfono / Phone number / Téléphone</b>                                                                                            |                                  | <b>Fax</b>                                    |  |
| <b>DATOS DEL TITULAR DE LA PENSIÓN / PERSONAL DATA / RETRAITÉ DE DONNÉES</b>                                                          |                                  |                                               |  |
| <b>Nombre y Apellidos / Name and Surname / Prénom et Noms</b>                                                                         |                                  |                                               |  |
| <b>Domicilio particular / Address / Adresse</b>                                                                                       |                                  |                                               |  |
| <b>Localidad / City / Localité</b>                                                                                                    |                                  | <b>Código postal / Postcode / Code postal</b> |  |
| <b>País / Country / Pays</b>                                                                                                          |                                  | <b>Provincia / Province / Province</b>        |  |
| <b>DNI/NIE/NIF</b>                                                                                                                    |                                  |                                               |  |
| <b>Teléfono / Phone / Téléphone</b>                                                                                                   | <b>Móvil / Mobile / Portable</b> | <b>e-mail</b>                                 |  |

Les ruego por la presente domiciliación el pago de mi pensión en la entidad bancaria que se detalla, a la que también autorizo para que devuelva las prestaciones que pueda recibir indebidamente, incluso después de mi fallecimiento.

Kindly ask you to make my pension payable at the bank detailed below, which I also entitle to return the undue benefits that they could receive, even after my death.

*Je prie pour ce paiement de débit de ma pension dans la banque qui est détaillée, que j'autorise également à restituer les avantages qu'ils peuvent recevoir indûment, même après ma mort.*

**Declaro, bajo mi responsabilidad, que son ciertos los datos que consigno en el presente formulario. Asimismo, manifiesto que quedo enterado de la obligación de comunicar al Instituto Nacional de la Seguridad Social o al Instituto Social de la Marina de España, cualquier variación en los datos declarados que pueda producirse en lo sucesivo.**

I hereby declare that the information provided in this form is true and correct. I further acknowledge that I am required to notify the National Institute of Social Security or Social Marine Institute in Spain of any future changes in the data supplied.

*Je declare, sous ma responsabilité, que les renseignements que je fournis dans la présente formule sont vrais. Je declare également que je suis tenu de communiquer à l'Institut National de la Sécurité Sociale ou à l'Institut National de la Marine de l'Espagne tout changements relatifs aux renseignements déclarés qui pourrait intervenir dans l'avenir.*

**Autorizo a la Institución de Canadá a facilitar al Instituto Nacional de la Seguridad Social o al Instituto Social de la Marina de España, toda la información y pruebas que posea, incluidos los informes médicos, relacionados o posiblemente relacionados con esta solicitud de prestaciones.**

I authorize the Canadian Institution to provide to either the National Institute of Social Security or Social Marine Institute in Spain with any information or evidence it may have, including medical evidence, which relates, or which might relate to the present claim for benefits.

*J'autorise l'Organisme canadien de fournir à l'Institut National de Sécurité Sociale ou à l'Institut National de la Marine de l'Espagne tous les renseignements et preuves qu'il détient, et qui sont ou peuvent être relatifs à la présente demande de prestations.*

**Asimismo, autorizo a la Institución de Canadá a facilitar al Instituto Nacional de la Seguridad Social o al Instituto Social de la Marina de España, cualquier información de que dispongan sobre la cuantía de la pensión reconocida en virtud de la legislación canadiense y la fecha de inicio de la pensión. La falta de autorización podría impedir el reconocimiento de complementos económicos para la pensión mínima.**

I also authorize the Canadian Institution to provide to either the National Institute of Social Security or the Social Marine Institute in Spain any information available on the amount of pension recognized under the canadian laws as well as the date of commencement of the payment. The lack of authorization could prevent the recognition of economic supplements for the minimum pension.

*J'autorise également l'Organisme canadien de fournir à l'Institut National de Sécurité Sociale ou à l'Institut Social de la Marine de l'Espagne, toute information disponible sur le montant de la pension reconnue en droit canadien et la date de début la pension. L'absence d'autorisation pourrait empêcher la reconnaissance des compléments économiques pour la pension minimale.*

**Autorizo la consulta de mis datos de identificación personal y residencia en los sistemas de verificación de datos de identidad y residencia, con garantía de confidencialidad y a los exclusivos efectos de esta solicitud.**

I authorize any queries concerning my personal identification and residence data in the systems on verification of identity and residence, with assurance of confidentiality and only for the purposes of this application.

*J'autorise la consultation de mes données d'identification personnelle, y compris sur ma résidence, dans les systèmes de vérification des données d'identité et de résidence, toujours sous garantie de confidentialité et dans le seul but de cette demande.*

**Asimismo, autorizo la consulta de datos obrantes en la Agencia Tributaria, la Tesorería General de la Seguridad Social y otras oficinas públicas que sean necesarios para resolver esta solicitud, así como la transmisión o certificación electrónica de los mismos.**

I furthermore authorize any queries before the Tax Agency, the General Treasury of the Social Security and other public bodies as may be necessary to resolve this claim, and the transmission or electronic certification thereof.

*J'autorise également la consultation des données enregistrées dans l'Agence fiscale, la Trésorerie Générale de la Sécurité Sociale et d'autres bureaux publics qui sont nécessaires pour résoudre cette demande et la transmission ou la certification électronique de celui-ci.*

**Fecha/** .....  
Date/  
Date

**Firma del solicitante,/**  
Claimant's signature,/   
Signature du demandeur;

**A CUMPLIMENTAR POR LA INSTITUCIÓN CANADIENSE/  
TO BE COMPLETED BY THE CANADIAN INSTITUTION/  
À REMPLIR PAR L'ORGANISME CANADIEN**

**Se hace constar que los datos personales de los puntos 1.1, 1.2, 1.3, 1.7, 1.14, 1.18, 3.1 y 3.2 de este formulario han sido debidamente comprobados por esta Institución.**

This certifies that the personal information supplied in this form in the points 1.1, 1.2, 1.3, 1.7, 1.14, 1.18, 3.1 and 3.2 has been duly verified by this Institution.

*Ceci certifie que les renseignements personnels fournis dans les points 1.1, 1.2, 1.3, 1.7, 1.14, 1.18, 3.1 et 3.2 de la present formulaire ont été dûment vérifiés par l'Organisme.*

**Sello/  
Stamp/  
Timbre**

**Fecha/  
Date/  
Date** .....

**Firma/  
Signature,  
Signature,**  
  
.....

**NOTAS/NOTES/NOTES**

**(1) Márquese lo que proceda.**

Mark whichever is applicable

*Cocher la case appropriée*

**(2) En las solicitudes de pension de:**

**Jubilación o incapacidad: los datos del asegurado.**

**En las de viudedad, los correspondientes al viudo/a.**

**En las de orfandad: los correspondientes al viudo/a, o en su defecto, el representante legal de los huérfanos.**

If old age or invalidity benefits are being claimed, provide information in this column regarding the insured person.

If widow's benefits are being claimed, provide information in this column regarding the widow/widower.

If orphan's benefits are being claimed, provide information in this column regarding the widow/widower or if there is none, regarding the legal representative of the orphan child.

*Pour les demandes de pension de vieillesse ou d'invalidité, donner les détails concernant le veuf/ve.*

*Pour les demandes de pension d'orphelin, donner les détails concernant le veuf/ve ou, s'il n'y en a pas, le représentant legal de l'orphelin.*

**(3) En las solicitudes de jubilación e incapacidad: los datos del cónyuge del asegurado. En las de supervivencia: los del asegurado fallecido.**

If old age or invalidity benefits are being claimed, provide information in this column regarding the spouse of the insured person. If survivor's benefits are being claimed, provide information in this column about the deceased insured person.

*Pour les demandes de pension de vieillesse et d'invalidité, indique les données concernant le conjoint de la personne assure.*

*Pour les demandes de pension de survivant, indiquer les données concernant la personne assurée décédée.*

**(4) Para nacionales españoles, consignar los dos apellidos de nacimiento.**

For Spanish nationals, list two surnames at birth.

*Pour les ressortissants espagnols, indique les deux noms de famille.*

**(5) Número, calle, localidad, distrito postal, país.**

Number, street, town, postal code, country.

*Numéro, rue, ville, code postal, pays.*

**(6) Para los nacionales españoles, indicar el número del Documento Nacional de Identidad (DNI) aunque esté caducado. Si no lo posee, indicar expresamente "NO TIENE".**

For Spanish nationals, enter National Identity Card number (DNI) even if expired. If claimant does not have it, enter the words "no identity card".

*Pour les ressortissants espagnols, indiquer le numéro de la Carte d'Identité (DNI) même s'il n'est pas valable. S'il (elle) n'en a pas, indiquer "pas de carte d'identité".*

**Para otras nacionalidades indicar el Número de Identificación de Extranjeros (NIE).**

For others nationality, enter Identification Number of Foreigners (NIE).

*Pour les autres nationalités indiquer le numéro de la Carte d'Identité pour étrangers (NIE).*

**(7) Sólo rellenar en la solicitud de Jubilación o Incapacidad.**

Only if old age or invalidity benefits are being claimed.

*Pour les demandes de pension de vieillesse et d'invalidité.*

**(8) Euros o dólares canadienses.**

Indicate whether figure is in euros or canadian dollars.

*Indiquer si le montant est en euros ou dollars canadiens.*

**DOCUMENTOS QUE DEBE PRESENTAR CON ESTA SOLICITUD/  
DOCUMENTS THAT YOU MUST SUBMIT WITH THIS CLAIM/  
DOCUMENTS QUE VOUS DEVEZ PRÉSENTER AVEC LA DEMANDE**

**a) Solicitud de pensión de jubilación/Claim for an old age pension/Demande de pension de vieillesse:**

- \* **Documento Nacional de Identidad (DNI) o Número de Identificación de Extranjeros (NIE) o, en su defecto, Certificado de Nacimiento.**

Spanish National Identity Card (DNI) or Identification Number of Foreigners (NIE) or, if not : Birth certificate.  
*Carte d'Identité Nationale (DNI) ou numéro de la Carte d'Identité pour étrangers (NIE) ou, certificate de naissance.*

- \* **Si realizó trabajos en el sector marítimo-pesquero en España, aportará la libreta de Navegación española y, en su caso, también la de los demás países donde haya realizado tal clase de actividad, o cualquier tipo de documentación (certificados de empresa, de la Autoridad de Marina, etc...) que acredite dichas circunstancias.**

If the insured person performed a professional activity in the merchant marine or fishing industry in Spain, he/she should provide the Spanish Navigation booklet and, where applicable, the booklets of other countries where such activity was performed, or any kind of documentary evidence (certificates issued by a company, Marine Authority, etc...) certifying such activities.

*Si des activités de pêche maritime ont été réalisées en Espagne, présenter le livret de Navigation espagnole, ainsi que celui des autres pays où ce type d'activité aurait été éventuellement réalisé ou toute autre documentation (certificat d'entreprise, de l'Autorité Maritime, etc...) le certifiant.*

**b) Solicitud de pensión de incapacidad/Claim for an invalidity pension/Demande de pension d'invalidité:**

- \* **Documento Nacional de Identidad (DNI) o Número de Identificación de Extranjeros (NIE) o, en su defecto, Certificado de Nacimiento.**

Spanish National Identity Card (DNI) or Identification Number of Foreigners (NIE) or, if not: Birth certificate.  
*Carte d'Identité Nationale (DNI) ou numéro de la Carte d'Identité pour étrangers (NIE) ou, certificate de naissance.*

- \* **Documentación médica.**

Medical evidence.  
*Certificat médical.*

- \* **Si realizó trabajos en el sector marítimo-pesquero en España, aportará la libreta de Navegación española y, en su caso, también la de los demás países donde haya realizado tal clase de actividad, o cualquier tipo de documentación (certificados de empresa, de la Autoridad de Marina, etc...) que acredite dichas circunstancias.**

If the insured person performed a professional activity in the merchant marine or fishing industry in Spain, he/she should provide the Spanish Navigation booklet and, where applicable, the booklets of other countries where such activity was performed, or any kind of documentary evidence (certificates issued by a company, Marine Authority, etc...) certifying such activities.

*Si des activités de pêche maritime ont été réalisées en Espagne, présenter le livret de Navigation espagnole, ainsi que celui des autres pays où ce type d'activité aurait été éventuellement réalisé ou toute autre documentation (certificat d'entreprise, de l'Autorité Maritime, etc...) le certifiant.*

**c) Solicitud de prestación por muerte y supervivencia/Claim for survivor's benefits/Demande de prestations de survivant:**

**En todo caso/In all cases/Dans tous les cas:**

- \* **Certificación de defunción del asegurado, en la que conste la causa del fallecimiento.**

The insured death certificate, stating cause of death.  
*Certificate de décès, avec mention de la cause du décès.*

**Pensión de viudedad/Widow's pension/Pension de veuf/ve:**

- \* **Documento Nacional de Identidad (DNI) o Número de Identificación de Extranjeros (NIE) o, en su defecto, Certificado de Nacimiento del viudo/a.**

Spanish National Identity Card (DNI) or Identification Number of Foreigners (NIE) or, if not : Birth certificate of the widow/er.  
*Carte d'Identité Nationale (DNI) ou numéro de la Carte d'Identité pour étrangers (NIE) ou, certificate de naissance del veuf/ve.*

- \* **Libro de familia, o en su defecto, certificación de matrimonio.**

Family Register of Vital Statistics or marriage certificate.  
*Livret de famille ou certificate de mariage.*

- \* **En caso de existir separación legal o divorcio, fotocopia de la sentencia firme en que se acredite. Si no hubiera sentencia firme, fotocopia del documento que justifique haber iniciado el expediente de separación matrimonial o de divorcio.**

In the case of legal separation or divorce, attach a copy of the final decree or proof that separation or divorce proceedings have been initiated.

*En cas de separation légale ou de divorce, annexer une copie de la decision du tribunal. S'il n'existe aucune decision, annexer une copie du document justifiant que la procedure de separation maritale ou de divorce a été entamée.*

**Pensión de orfandad/Orphan's pension/Pension d'orphelin:**

- \* **Libro de Familia o, en su defecto, Documento Nacional de Identidad (DNI) o Número de Identificación de Extranjeros (NIE) o Certificado de Nacimiento de los hijos por los que se solicita pensión. De existir hijos adoptivos, documentos que acrediten la adopción legal.**

Family Register of Vital Statistics or Spanish National Identity Card (DNI) or Identification Number of Foreigners (NIE) or Birth Certificates of the children for whom benefits are being claimed. In case of adopted children, documents certifying legal adoption).

*Livret de famille, Carte d'Identité Nationale (DNI) ou numéro de la Carte d'Identité pour étrangers (NIE) ou Certificate de naissance des enfants pour lesquels une pension est demandée. En cas d'enfants adoptés, documents certifiant l'adoption légale.*

# Canada/Spain Convention

**Documents and/or information required to support your application [CAN-E 1]  
for Spanish invalidity benefits**

**Complete the attached forms:**

- *Canadian Residence* [SC ISP5013]
- *Statutory Declaration of Cessation of Work*
- *Medical Report* [CAN/E-4]

**Original or certified documents to be submitted:**

- National Identity Card (DNI) or Identification Number of Foreigners (NIE) or birth certificate
- Marriage certificate, if applicable
- Spanish Navigation booklet, if applicable
- Medical documentation

**IMPORTANT:** If you have already submitted any of the documents required when you applied for a Canada Pension Plan or Old Age Security benefit, you do not need to resubmit them.



## CANADIAN RESIDENCE

Canadian Social Insurance Number: \_\_\_\_\_

☐ Mr. ☐ Mrs.

☐ Ms. ☐ Miss

\_\_\_\_\_  
Given Name and Initial

\_\_\_\_\_  
Family Name

The following information is required to support your application for benefits under a social security agreement. If required, please provide additional information on a separate sheet of paper.

1. If you were born outside of Canada, please provide us with the following information:

Date of arrival in Canada (YYYY-MM-DD): \_\_\_\_\_

Place of arrival in Canada: \_\_\_\_\_

2. List all the places where you have lived in Canada after the age of 18 and provide proof of all your entries and departures (Permanent Resident card, Record of Landing (IMM 1000), complete passport, airline tickets, etc.):

| From<br>YYYY-MM-DD | To<br>YYYY-MM-DD | City | Province/Territory |
|--------------------|------------------|------|--------------------|
|                    |                  |      |                    |
|                    |                  |      |                    |
|                    |                  |      |                    |
|                    |                  |      |                    |
|                    |                  |      |                    |
|                    |                  |      |                    |

3. List all absences from Canada, which were longer than six months, during your Canadian residence listed in number 2 above:

| Departure<br>YYYY-MM-DD | Return<br>YYYY-MM-DD | Destination | Reason |
|-------------------------|----------------------|-------------|--------|
|                         |                      |             |        |
|                         |                      |             |        |
|                         |                      |             |        |
|                         |                      |             |        |
|                         |                      |             |        |

Canadian Social Insurance Number: \_\_\_\_\_

**PROTECTED B (when completed)**

4. Please give us the names, addresses and telephone numbers of at least two people, not related to you by blood or marriage, who can confirm your Canadian residence:

| Name | Address | City | Telephone Number |
|------|---------|------|------------------|
|      |         |      |                  |
|      |         |      |                  |

## DECLARATION OF APPLICANT

**I declare that this information is true and complete.**

**NOTE:** If you make a false or misleading statement, you may be subject to an administrative monetary penalty and interest, if any, under the *Canada Pension Plan* or the *Old Age Security Act*, or may be charged with an offence. Any benefits you received or obtained to which there was no entitlement would have to be repaid.

Signature

Date (YYYY-MM-DD)

**X** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Telephone number

\_\_\_\_\_

**STATUTORY DECLARATION OF CESSATION OF WORK**  
**DÉCLARATION STATUTAIRE DE CESSATION DE TRAVAIL**  
**DECLARACIÓN DE CESE EN EL TRABAJO**

I,  
*Je, soussigné(e)*  
Yo,

\_\_\_\_\_  
(Name in full / *Nom au complet* / nombre completo)

residing at  
*résidant à*  
domiciliado(a) en

\_\_\_\_\_  
(Number and street / *Numéro et rue* / Número y calle)

in the city / town / village of  
*dans la ville / le village de*  
de la ciudad de

county of  
*comté de*  
condado de

in the Province of  
*dans la province de*  
, de la provincia de

whose Spanish social security registration number is:  
*dont le numéro d'immatriculation de la sécurité sociale en Espagne est :*  
con número de afiliación a la Seguridad Social española:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

SOLEMNLY DECLARE, for the purposes of a claim for an Old Age Pension under the social security legislation of Spain, that I have ceased / will cease work on the date indicated below.

*DÉCLARE SOLENNELLEMENT, aux fins d'une demande de prestation de vieillesse aux termes de la législation de sécurité sociale de l'Espagne, que j'ai cessé / je cesserai de travailler à la date indiquée ci-dessous.*

DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD, a efectos de solicitud de prestación de jubilación conforme a la legislación española de Seguridad Social, que he cesado / cesaré de trabajar en la fecha que se indica a continuación.

|             |             |              |
|-------------|-------------|--------------|
|             |             |              |
| Day         | Month       | Year         |
| <i>Jour</i> | <i>Mois</i> | <i>Année</i> |
| Día         | Mes         | Año          |

[CONTINUED ON REVERSE/SUITE AU VERSO/CONTINUA AL DORSO]

Moreover, I acknowledge my obligation to inform the Instituto Nacional de la Seguridad Social of any paid work which I may hereafter undertake.

*En outre, je reconnais mon devoir d'aviser l'Instituto Nacional de la Seguridad Social en tout cas où, à l'avenir, je m'engagerais à effectuer un travail rémunéré.*

Asimismo, manifiesto que quedo enterado de la obligación de comunicar al Instituto Nacional de la Seguridad Social la realización de cualquier trabajo que inicie en le sucesivo.

I make this solemn declaration conscientiously believing it to be true, and knowing that it is of the same force and effect as if made under oath.

*Je fais cette déclaration solennelle la croyant vraie en conscience et sachant qu'elle a la même valeur que si elle était faite sous serment.*

Hago esta declaración creyendo en conciencia que es cierta y sabiendo que tiene el mismo valor que si la hubiera hecho bajo juramento.

Signature of declarant

*Signature du déclarant*

Firma del declarante \_\_\_\_\_

This declaration must be signed before a commissioner of oaths who must complete the section below. If you bring this form to a Human Resource Centre of Canada, an officer who is a commissioner of oaths will provide this service without charge.

*Cette déclaration doit être signée devant un commissaire aux serments qui doit remplir la section suivante. Si vous retournez vous-même ce formulaire à un Centre des ressources humaines du Canada, un fonctionnaire qui est un commissaire aux serments vous fournira ce service gratuitement.*

Declared before me at the city / town / village of

*Déclaré en ma présence à la ville / ou village de*

Declaró en mi presencia en la ciudad de \_\_\_\_\_

county of

*comté de*

condado de \_\_\_\_\_

in the Province of

*dans la province de*

, de la provincia de \_\_\_\_\_

this

*ce*

este \_\_\_\_\_

day of

*jour de*

dia de \_\_\_\_\_

A commissioner of oaths

*Commissaire aux serments*

Empleado jurídico \_\_\_\_\_

(Signature / Firma)

(Seal / Sceau / Sello)

CONVENIO DE SEGURIDAD SOCIAL ENTRE CANADA Y ESPAÑA  
CONVENTION ON SOCIAL SECURITY BETWEEN CANADA AND SPAIN

CAN / E - 4

INFORME MÉDICO  
MEDICAL REPORT

A CUMPLIMENTAR POR EL ASEGURADO / SOLICITANTE :  
TO BE COMPLETED BY CONTRIBUTOR / APPLICANT :

|                                                                                                                                                  |                                    |                                                            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| Número del Seguro Social de Canada del asegurado / a<br>Contributor's Canadian Social Insurance Number .....                                     |                                    |                                                            |
| Apellido del asegurado / a<br>Contributor's Family Name .....                                                                                    |                                    | Nombre del asegurado / a<br>Contributor's Given Name ..... |
| Domicilio ( N° , Calle, Apto.)<br>Home Address (Nº., Street, Apt. Nº.) .....                                                                     |                                    |                                                            |
| Ciudad, localidad o pueblo<br>City, Town or Village .....                                                                                        | Código Postal<br>Postal Code ..... | País<br>Country .....                                      |
| Número teléfono (incluyendo el código del área, de la ciudad, o de la región)<br>Telephone Number (including area, city or regional code ) ..... |                                    |                                                            |

A CUMPLIMENTAR POR EL MÉDICO :  
TO BE COMPLETED BY MEDICAL DOCTOR :

|                                                                                                                                                                                                                                                                              |              |             |  |  |  |  |  |  |            |              |             |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |  |  |  |  |  |  |  |            |              |             |  |  |  |  |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|-------------|--|--|--|--|--|--|------------|--------------|-------------|--|--|--|--|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|------------|--------------|-------------|--|--|--|--|--|
| 1. Fecha de la primera consulta del enfermo / a :<br>Date of patient's first visit :<br><table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>Día<br/>Day</td><td>Mes<br/>Month</td><td colspan="6">Año<br/>Year</td></tr></table> |              |             |  |  |  |  |  |  | Día<br>Day | Mes<br>Month | Año<br>Year |  |  |  |  |  | Fecha de la última consulta del enfermo / a :<br>Date of patient's last visit :<br><table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>Día<br/>Day</td><td>Mes<br/>Month</td><td colspan="6">Año<br/>Year</td></tr></table> |  |  |  |  |  |  |  |  | Día<br>Day | Mes<br>Month | Año<br>Year |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                              |              |             |  |  |  |  |  |  |            |              |             |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |  |  |  |  |  |  |  |            |              |             |  |  |  |  |  |
| Día<br>Day                                                                                                                                                                                                                                                                   | Mes<br>Month | Año<br>Year |  |  |  |  |  |  |            |              |             |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |  |  |  |  |  |  |  |            |              |             |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                              |              |             |  |  |  |  |  |  |            |              |             |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |  |  |  |  |  |  |  |            |              |             |  |  |  |  |  |
| Día<br>Day                                                                                                                                                                                                                                                                   | Mes<br>Month | Año<br>Year |  |  |  |  |  |  |            |              |             |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |  |  |  |  |  |  |  |            |              |             |  |  |  |  |  |

|                                                                                                               |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 2. Diagnóstico / s :<br>Diagnosis (es) :                                                                      |
| 3. Historial médico anterior relevante / significativo :<br>Relevant / significant previous medical history : |

4. **Hospitalización :**  
Nombres de los establecimientos, fechas aproximadas de hospitalización durante los dos últimos años, motivo / s del ingreso y tratamiento.  
*Hospitalization :*  
*Names of institutions, approximate dates of hospitalization in the past two years, reason (s) for admission and treatment.*

5. **Altura :** \_\_\_\_\_ **Peso :** \_\_\_\_\_ **Tensión arterial :** \_\_\_\_\_  
*Height :* \_\_\_\_\_ *Weight :* \_\_\_\_\_ *Blood Pressure :* \_\_\_\_\_

6. **Observaciones y resultados del examen clínico más reciente :**  
Señale todas las limitaciones funcionales que se puedan cuantificar.  
*Observations and positive findings on most recent clinical examination :*  
*Please note any measurable functional limitations.*

7. **Opinión del especialista al respecto, Informes de laboratorio, rayos X, etc. :**  
En caso de que se hayan adjuntado documentos, ¿ desea que le sean devueltos ?  
*Relevant consultant opinions, laboratory reports, X - rays, etc. :*  
*If you have included any enclosures, do you wish them returned ?*

☐ **Si**  
**Yes**

☐ **No**  
**No**

**8. ¿ Hay previstos otros exámenes o exploraciones médicas ?**

**En caso afirmativo, enumere su naturaleza, el lugar donde se llevarán a cabo, cuándo y por quién.**

*Are any future examinations or medical investigations planned ?*

*If you said "Yes", please list type, where, when and by whom.*

☐ Si  
Yes

☐ No  
No

**9. Medicación actual :**

**Enumere los medicamentos según el nombre genérico o comercial e indique la dosis y la frecuencia.**

*Current medications :*

*Please list by generic or trade name and indicate dosage and frequency.*

**10. Tratamiento :**

**Exponga el tipo y la respuesta.**

*Treatment :*

*Please list type and response.*

**11. Resumen y Prognosis :**

*Summary and Prognosis :*

**Nombre del médico**

*Medical Doctor's Name* .....

**Nº. de teléfono (incluyendo el código del área, de la ciudad o de la región).**

*Telephone Number (including area, city or regional code).* .....

**Domicilio (No., Calle, Apto.).**

*Home Address (No., Street, Apt.No.).* .....

**Código Postal**

**Ciudad, localidad o pueblo**

**País**

*Postal Code..... City, Town or Village ..... Country .....*

☐ **Médico de cabecera**  
*Family Physician*

☐ **Especialidad, si la tuviera**  
*Speciality, if any* .....

**Firma**

*Signature*

|  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|

**Día**  
*Day*

**Mes**  
*Month*

**Año**  
*Year*