

**CONVENIO SOBRE SEGURIDAD SOCIAL ENTRE ESPAÑA Y EL REINO UNIDO
DE GRAN BRETAÑA E IRLANDA DEL NORTE**
CONVENTION ON SOCIAL SECURITY BETWEEN THE UNITED KINGDOM
OF GREAT BRITAIN AND NORTHERN IRELAND AND SPAIN

PRÓRROGA DE DESPLAZAMIENTO
EXTENSION OF TERM OF POSTING

Art. 7 y art. 8.2 del Convenio y Art. 5.2 del Acuerdo Administrativo
Art.7 and art. 8.2 of the Convention and Art. 5.2 of the Administrative Agreement

PARTE A.- A CUMPLIMENTAR POR EL EMPRESARIO

PART A.- TO BE COMPLETED BY THE EMPLOYER

1 AUTORIDAD COMPETENTE A LA QUE SE DIRIGE EL FORMULARIO
COMPETENT INSURANCE AUTHORITY TO WHICH THE FORM IS ADDRESSED

1.1 Nombre

Name _____

1.2 Dirección (1)

Address (1) _____

2 ASEGURADO
INSURED PERSON

2.1 Apellido (2)

Surname _____

Nombre

Forenames _____

Apellido de soltera

Maiden name _____

2.2 Fecha de nacimiento

Date of birth _____

2.3 Dirección permanente (1)

Permanent Address (1) _____

2.4 Número de afiliación

Insurance number _____

3 La persona arriba mencionada ha sido enviada, de acuerdo con el artículo

The above mentioned person has been posted, in accordance with article

3.1 (3) **7** **8.2 del Convenio/** of the convention

3.2 durante el período desde _____ **hasta** _____
for the period from _____ to _____

3.3 (3) **a la empresa abajo mencionada** **al buque abajo mencionado**
to the undertaking mentioned below on the ship mentioned below

4 Nombre del empresario o de la empresa

Name of employer or firm _____

4.1 Dirección (1)

Address (1) _____

5 Esta persona tenía un Certificado de Desplazamiento (el formulario UK/E 1) expedido en

_____ **con validez hasta** _____

This person held a certificate of posting (form UK/E 1) issued on _____

_____ **and expiring on** _____

6 Solicitamos que esta persona quede sometida a la legislación de España durante el período:

desde _____ **hasta** _____ (4)

We request that this person can remain subject to Spanish legislation for the period:

from _____ to _____ (4)

7**EMPRESARIO**
EMPLOYER**7.1 Nombre del empresario o de la empresa**

Name of employer or firm _____

7.2 Dirección (1)

Address (1) _____

7.3 Sello

Stamp

7.4 Fecha

Date _____

7.5 Firma

Signature _____

PARTE B.- A COMPLETAR POR LA AUTORIDAD ASEGURADORA COMPETENTE DEL REINO UNIDO
PART B.- TO BE COMPLETED BY THE COMPETENT INSURANCE AUTHORITY OF THE UNITED KINGDOM**Declaramos que / We declare****8.1**(3) **se acuerda/** it is agreed**no se acuerda/** it is not agreed**que la persona mencionada en el recuadro 2 quedará sometida a la legislación sobre Seguridad Social de España.**
that the person mentioned in box 2 shall continue to be subject to the social security legislation of Spain.**8.2****durante el período desde** _____

for the period from

hasta _____

to

9**AUTORIDAD ASEGURADORA COMPETENTE DEL REINO UNIDO**
COMPETENT INSURANCE AUTHORITY OF THE UNITED KINGDOM**9.1 Nombre**

Name _____

9.2 Dirección (1)

Address (1) _____

9.3 Sello

Stamp

9.4 Fecha

Date _____

9.5 Firma

Signature _____

INSTRUCCIONES / INSTRUCTIONS

Se deberán completar cuatro ejemplares del formulario, en mayúsculas, y enviar a la autoridad aseguradora competente en el Reino Unido. Se devolverán dos copias del formulario, completadas en la parte B, al empresario el cual enviará una copia al asegurado. Se enviará la tercera copia del formulario, también completada la parte B, a la Tesorería General de la Seguridad Social, Madrid.

Four copies of the form should be completed in capital letters and sent to the competent insurance authority in the United Kingdom. Two copies of the form, completed at Part B, will be returned to the employer who should send one copy to the insured person. A third copy of the form also completed at Part B will be sent to the Tesorería General de la Seguridad Social, Madrid.

NOTAS / NOTES

- (1) **Número, calle, localidad, código postal.**
Number, street, place, postal code.
- (2) **Para españoles consignar dos apellidos.**
For Spaniards write down two surnames.
- (3) **Póngase una cruz en la casilla que precede al caso apropiado.**
Make a cross in the square preceding the appropriate subject.
- (4) **Este período no debe exceder de 24 meses desde la fecha del comienzo del desplazamiento.**
This period must not be more than 24 months from the date of beginning of the detachment.