

Abkommen zwischen der Bundesrepublik Deutschland
und der Republik Chile über Rentenversicherung

Deutsche Versicherungsnummer /
Número de asegurado alemán

BKZ (Nur für BfA)
(sólo para BfA)

Convenio entre la República Federal de Alemania
y la República de Chile sobre Pensiones

Chilenische Versicherungsnummer oder Personalausweisnummer - RUT/
Número de asegurado chileno o Cédula Nacional de Identidad - RUT

Chilenisches Aktenzeichen/
Ref. expediente chileno

Nur in Maschinen-oder Blockschrift ausfüllen/
Escribir a máquina o con letra de imprenta

Bearbeitung eines antrags auf / Tramitación de una solicitud de

- ☐ Rente wegen Alters / Pensión por vejez
- ☐ Vorzeitige Altersrente / Pensión por vejez anticipada
- ☐ Rente wegen verminderter / Pensión por invalidez
- ☐ Rente wegen Todes / Pensión por sobrevivencia

1. Angaben zum versicherten		Datos del asegurado		
1.1. Name des Vaters Name der Mutter		Apellido paterno		
		Apellido materno		
1.2 Vornamen		Nombres		
1.3 Geburtsname / früher geführle Namen		Nombre de soltera / Apellidos anteriores		
1.4 Geburtsdatum	Tag /día Monat/mes Jahr/año	Fecha de nacimiento		
1.5 Geburtsort		Lugar de nacimiento		
1.6 Beruf		Actividad		
1.7 Geschlecht	☐ Männlich ☐ weiblich masculino femenino	Sexo		
1.8 Staatsangehörigkeit		Nacionalidad		
1.9 Aufenthalt in	☐ Deutschland ☐ Chile seit	Tag/día Monat/mes Jahr/año	Residencia en ☐ Alemania ☐ Chile desde	

1.10 Personenstand seit		Estado civil desde
	Tag/dia Monat/mes Jahr/año	
	☐ Ledig ☐ verheiratet Soltero casado	
	☐ Verwitweg ☐ geschieden Viudo divorciado	
1.11 Vollständige Anschrift		Dirección completa
	- Straße, Hausnummer	Calle número de casa
	- Postleitzahl, Ort. Stadtgemeinde	Código postal, lugar, comuna
	- Stadt	Ciudad
	- Land	Pais

2. Bei Anträgen auf Versichertenrente ausfüllen

Completar para solicitudes de pensión del asegurado

1. . Der Versicherte ist noch	☐ Nein/no ☐ Ja/si	El asegurado continúa ejerciendo actividad
	☐ Nein/no ☐ ja/si	
- abhängig beschäftigt		- dependiente
- selbständig erwerbstätig		- independiente
- Art der Beschäftigunf/ Erwerbstätigkeit		- clase del empleo/actividad laboral desempeñada
2.2 Der Versicherte ist nicht mehr beschäftigt erwerbstätig	Seit / desde Tag/dia Monat/mes Jahr/año	El asegurado ya no ejerce actividad Laboral

3. Sonstige Angaben

Informaciones diversas

3.1 Die Berufs/Erwerbsunfähigkeit/ der Tod ist vermutlich	☐ Nein/no ☐ ja/si	se estima que la invalidez/la muerte es consecuencia de
	☐ Nein/no ☐ ja/si	
- die folge eines Arbeitsunfalls		- Un accidente de trabajo
- die Folge einer berufskrankheit		- Una enfermedad profesional
3.2 Bezieht der Antragsteller oder Hat er beantragt	☐ Nein/no ☐ ja/si	El solicitante percibe o ha solicitado
- Rente/Hinterbliebenenrente		- una pensión/pensión de sobrevivencia
- Rente/hinterbliebenenrente Aufgrund eines arbeitsunfalls	☐ Nein/no ☐ ja/si	- una pensión/pensión de sobrevivencia por accidente del trabajo

3.3 Wenn ja, sind anzugeben			En caso afirmativo, indicar
			- el organismo pagador
			- la dirección
			- referencia del expediente o Cédula Nacional de Identidad
		☐ DM ☐ Chil\$	- cuantía mensual
3.4 Der Antragsteller bezieht/ Hat beantragt nach eigenen Angaben folgende leistungen:			El solicitante manifiesta percibir/ Haber solicitado las siguientes Prestaciones:
- Krankengeld	☐ Von/del		- subsidio por incapacidad laboral transitoria
- Fürsorgeleistungen	☐ Von/del		- prestaciones asistenciales
- Sonstige leistungen aus Öffentlichen mitteln	☐ Von/del		- otras prestaciones de fondos públicos

4. Angaben zur Witwe/zum witwer

Datos relativos a la viuda/al viudo

4.1 Name des vaters		Apellido paterno
Name der mutter		Apellido materno
4.2 Vornamen		Nombres
4.3 Geburtsname/früher geführte Namen		Nombre de soltera/apellidos Anteriores
4.4 Geburtsdatum	Tag/dia Monat/mes Jahr/año	Fecha de nacimiento
4.5 Geburtsort		Lugar de nacimiento
4.6 Geschlecht	☐ Männlich/masculino	Sexo
	☐ Weiblich/femenino	
4.7 Staatsangehörigkeit		Nacionalidad
4.8 Aufenthalt in	☐ Deutschland/Alemania	Residencia en
	☐ Chile/Chile	
	Tag/dia Monat/mes Jahr/año	Desde

4.9 vollständige Anschrift		Dirección completa
	- Straße, Hausnummer	Calle, número de casa
	- Postleitzahl, Ort, Stadtgemeinde, Stadt	Código postal, lugar, comuna Ciudad
	- Land	País

5. Bei Antrag auf Witwen/witwerrente ausfüllen

Completar para solicitud de pensión de viudez

5.1 Datum der Eheschließung	Tag/dia Monat/mes Jahr/año	Fecha de nacimiento
5.2 Die Ehe bestand im zeitpunkt Des Todes	☐ Nein/no ☐ Ja/si	El matrimonio existía en la fecha del fallecimiento
5.3 Datum der auflösung der Ehe	Tag/dia Monat/mes Jahr/año	Fecha de la nulidad
5.4 Die witwe/der witwer hat sich wiederverheiratet	Tag/dia Monat/mes Jahr/año	El solicitante celebró segundas nupcias
5.5 Todestag des versicherten	Tag/dia Monat/mes Jahr/año	Fecha de fallecimiento del asegurado
5.6 Es wird auch waisenrente beantragt	☐ Nein/no ☐ Ja/si (Das formblatt D/RCH2 ist beigefügt)/(Se adjunta el fomulario RCH/D2)	Además de solicita pensión de orfandad

6. Angaben zur Antragstellung

Datos relativos a la presentación de la solicitud

6.1 Datum der antragstellung	Tag/dia Monat/mes Jahr/año	Fecha de la solicitud
6.2 Der Berechtigte hat den Antrag Selbst gestellt	☐ Nein/no ☐ ja/si	El beneficiario formuló personalmente La solicitud
6.3 Der Antrag wurde gestelit von		La solicitud fue formulada por - Apellido paterno - Apellido materno - Nombres - Calle, número de casa - Código postal, lugar, comuna Ciudad - País

6.4 als - Bevollmächtigten - gesetzlichen vertreter - vormund oder pfleger		Como - apoderado - representante legal - tutor o curador
6.5 Ort und datum	 Tag/diaMonat/mesJahr/año	Lugar y fecha
6.5 Die angaben zur person werden Aufgrund von urkunden bestätigt Dienststempel des trägers Unterschrift		Los datos personales consignados en este formulario constan en documentos tenidos a la vista Sello del organismo Firma