

CONVENIO DE SEGURIDAD SOCIAL  
ENTRE LA REPUBLICA DE CHILE Y LA  
REPUBLICA FEDERATIVA DEL BRASIL

ACORDO DE SEGURIDADE SOCIAL  
ENTRE A REPÚBLICA DO CHILE E A  
REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

SOLICITUD DE PENSION DE SOBREVIVENCIA / SOLICITAÇÃO DE PENSÃO POR MORTE

DE : / DE

A. / PARA

FECHA DE FALLECIMIENTO /  
DATA DE FALECIMENTO

FECHA DE LA SOLICITUD / DATA DA SOLICITAÇÃO

NUMERO DE INSCRIPCION DE CARTERA PROFESIONAL  
DEL ASEGURADO EN BRASIL  
NUMERO DE INSCRIÇÃO DA CARTEIRA PROFISSIONAL  
DO SEGURADO NO BRASIL

CEDULA NACIONAL DE IDENTIDAD O R.U.T. EN CHILE  
CARTEIRA NACIONAL DE IDENTIDADE OU R.U.T. NO CHILE

N° DE LA SERIE  
N° DE SÉRIE

N° DA IDENTIDADE NO BRASIL / N° DA IDENTIDADE NO BRASIL

FECHA DE EMISION / DATA DA EMISSÃO

UNIDAD DE LA FEDERACION  
UNIDADE DA FEDERAÇÃO

NÚMERO DE INSCRIÇÃO EN EL I.N.S.S / NÚMERO DE INSCRIÇÃO NO I.N.S.S.

1. INFORMACION RELATIVA AL TRABAJADOR / INFORMAÇÃO RELATIVA AO SEGURADO

NOMBRE COMPLETO / NOME COMPLETO

NOMBRE COMPLETO DEL PADRE  
NOME COMPLETO DO PAI

NOMBRE COMPLETO DE LA MADRE  
NOME COMPLETO DA MÃE

FECHA NACIMIENTO /  
DATA DE NASCIMENTO

LUGAR DE NACIMIENTO /  
LOCAL DE NASCIMENTO

NACIONALIDAD /  
NACIONALIDADE

SEXO / SEXO  
 MASCULINO / MASCULINO  
 FEMENINO / FEMININO

ESTADO CIVIL / ESTADO CIVIL  
 CASADO (A) / CASADO (A)  
 SOLTERO (A) / SOLTEIRO (A)  
 DIVORCIADO (A) / DIVORCIADO (A)  
 VIUDO (A) / VIÚVO (A)

FECHA DE MATRIMONIO /  
DATA DE CASAMENTO

DIRECCION COMPLETA / ENDEREÇO COMPLETO

( Calle, Número, Código Postal, Ciudad, Comuna, Estado, País, e-mail ) / ( Rua, Número, CEP, Cidade, Estado, País, e-mail )

## 2. ANTECEDENTES DEL REPRESENTANTE LEGAL / DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL

(LLENAR SOLO EN CASO QUE LA SOLICITUD SEA SUSCRITA POR UN TERCERO) / (PREENCHER APENAS NO CASO EM QUE A SOLICITAÇÃO POR SUBSCRITA POR UM TERCEIRO)

NOMBRE COMPLETO / NOME COMPLETO	
<input type="text"/>	<input type="text"/>
CEDULA NACIONAL DE IDENTIDAD O R.U.T. EN CHILE CARTEIRA NACIONAL DE IDENTIDADE OU R.U.T. NO CHILE	NUMERO DE INSCRIPCION EN BRASIL NÚMERO DE INSCRIÇÃO NO BRASIL
DIRECCION COMPLETA / ENDEREÇO COMPLETO (Calle, Número, Código Postal, Ciudad, Comuna, Estado, País, e-mail) / (Rua, Número, CEP, Cidade, Estado, País, e-mail)	

## 3. ANTECEDENTES DEL VIUDO - VIUDA / DADOS DO VIÚVO - VIÚVA

<input type="checkbox"/> MUJER / MULHER		
<input type="checkbox"/> HOMBRE (1) / HOMEM (1)	INVÁLIDO / INCAPACITADO	<input type="checkbox"/> SI / SIM <input type="checkbox"/> NO / NÃO

NOMBRE COMPLETO / NOME COMPLETO	
<input type="text"/>	
NOMBRE COMPLETO DEL PADRE / NOME COMPLETO DO PAI	NOMBRE COMPLETO DE LA MADRE / NOME COMPLETO DA MÃE
<input type="text"/>	<input type="text"/>
FECHA NACIMIENTO / DATA DE NASCIMENTO	FECHA DE MATRIMONIO / DATA DE CASAMENTO
<input type="text"/>	<input type="text"/>
CEDULA NACIONAL DE IDENTIDAD O R.U.T. EN CHILE / CARTEIRA NACIONAL DE IDENTIDADE OU R.U.T. NO CHILE	NUMERO DE IDENTIFICACION EN BRASIL / NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO NO BRASIL
DIRECCION COMPLETA / ENDEREÇO COMPLETO (Calle, Número, Código Postal, Ciudad, Comuna, Estado, País, e-mail) / (Rua, Número, CEP, Cidade, Estado, País, e-mail)	

(1) En Chile, en los regímenes de pensiones administrados por el Instituto de Previsión Social (Ex-INP), sólo tiene derecho a pensión de sobrevivencia el cónyuge varón cuando es inválido, calidad que debe ser acreditada con el dictamen de invalidez que corresponda. Respecto del sistema de capitalización individual, el cónyuge varón tiene derecho a pensión, salvo si la cónyuge falleció antes del 01/10/2008, en cuyo caso para tener derecho a pensión de sobrevivencia, requiere acreditar la condición de inválido.

(1) No Chile, nos regimes de pensões administrados pelo "Instituto de Previsão Social" (Ex-INP), somente tem direito a pensão por morte o cónyuge do sexo masculino quando for inválido, qualidade que deve ser comprovada com parecer de invalidez correspondente. Referente ao sistema de capitalização individual, o cónyuge do sexo masculino tem direito a pensão, salvo se a cónyuge faleceu antes de 01/10/2008, caso em que para ter direito a pensão por morte, se requer comprovação da condição de inválido.

**4. ANTECEDENTES DE LOS HIJOS (1) / DADOS DOS FILHOS (1)**

(LLENAR EL PRESENTE RECUADRO POR CADA HIJO) / (PREENCHER ESTE QUADRO PARA CADA FILHO)

<hr/> NOMBRE COMPLETO / NOME COMPLETO	
<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> CEDULA NACIONAL DE IDENTIDAD O R.U.T. EN CHILE CARTEIRA NACIONAL DE IDENTIDADE OU R.U.T. NO CHILE	<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> NUMERO DE IDENTIFICACION EN BRASIL NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO NO BRASIL
<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> FECHA NACIMIENTO / DATA DE NASCIMENTO	ACTIVIDAD QUE REALIZA / ATIVIDADE QUE REALIZA
SEXO / SEXO	INVALIDO (2) / INCAPACITADO (2)
<input type="checkbox"/> MASCULINO / MASCULINO  <input type="checkbox"/> FEMENINO / FEMININO	<input type="checkbox"/> SI / SIM  <input type="checkbox"/> NO / NÃO
<input type="checkbox"/> ESTUDIANTE / ESTUDANTE  <input type="checkbox"/> SERVICIO MILITAR / SERVIÇO MILITAR  <input type="checkbox"/> OTROS / OUTROS	
<hr/> DIRECCION COMPLETA / ENDEREÇO COMPLETO (Calle, Número, Código Postal, Ciudad, Comuna, Estado, País, e-mail) / (Rua, Número, CEP, Cidade, Estado, País, e-mail)	

**5. ANTECEDENTES DEL REPRESENTANTE LEGAL EN LA TRAMITACION DE ORFANDAD (3) / DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL NA TRAMITAÇÃO DE ORFANDADE (3)**

(LLENAR SOLO EN CASO QUE LA SOLICITUD SEA SUBSCRITA POR UN TERCERO) / (PREENCHER APENAS NO CASO DE QUE A SOLICITAÇÃO FOR SUBSCRITA POR UM TERCEIRO)

<hr/> NOMBRE COMPLETO / NOME COMPLETO	
<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> CEDULA NACIONAL DE IDENTIDAD O R.U.T. EN CHILE CARTEIRA NACIONAL DE IDENTIDADE OU R.U.T. NO CHILE	<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> NUMERO DE IDENTIFICACION EN BRASIL NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO NO BRASIL
<hr/> DIRECCION COMPLETA / ENDEREÇO COMPLETO (Calle, Número, Código Postal, Ciudad, Comuna, Estado, País, e-mail) / (Rua, Número, CEP, Cidade, Estado, País, e-mail)	

**PARA CHILE : / PARA O CHILE**

(1) DE ACUERDO A LA LEGISLACION CHILENA PARA QUE LOS HIJOS SEAN BENEFICIARIOS DE PENSION DE SOBREVIVENCIA, DEBEN SER SOLTEROS, MENORES DE 16 AÑOS O MAYORES DE 16 AÑOS Y MENORES DE 24 O 26 AÑOS (DEPENDIENDO DEL RÉGIMEN PREVISIONAL), EN CUYO CASO DEBERÁ ACREDITAR LA CALIDAD DE ESTUDIANTE, O INVÁLIDO CUALQUIERA SEA SU EDAD, PREVIA CALIFICACION DE LA RESPECTIVA INVALIDEZ.

(1) CONFORME A LEGISLAÇÃO CHILENA, PARA OS FILHOS SEREM BENEFICIÁRIOS DE PENSÃO POR MORTE ELAS DEVEREM SER SOLTEIROS, MENORES DE 16 ANOS OU MAIORES DE 16 ANOS E MENORES DE 24 OU 26 ANOS (DEPENDENDO DO RÉGIME PREVIDENCIÁRIO), NESSE CASO DEVERÁ SER COMPROVADA A CONDIÇÃO DE ESTUDANTE OU INCAPACITADO, QUALQUER SEJA SUA IDADE, PRÉVIA QUALIFICAÇÃO DA RESPECTIVA INVALIDEZ.

(2) EN CASO DE SER HIJO INVÁLIDO DEBERÁ SOLICITAR CONJUNTAMENTE LA CALIFICACION DE INVALIDEZ DE ACUERDO A LA LEGISLACION CHILENA, PARA LO CUAL DEBERÁ PRESENTAR LOS ANTECEDENTES MÉDICOS.

(2) NO CASO DE SER FILHO INCAPACITADO DEVERÁ SER SOLICITADA CONJUNTAMENTE A QUALIFICAÇÃO DE INVALIDEZ CONFORME A LEGISLAÇÃO CHILENA, PARA LO QUE DEVE ENVIAR OS ANTECEDENTES MÉDICOS.

(3) EN ESTE CASO INDICAR BAJO QUÉ TÍTULO REPRESENTA AL MENOR.

(3) NESTE CASO INDICAR SOB QUE TÍTULO REPRESENTA AO MENOR.

**PARA BRASIL : / PARA O BRASIL**

SEGUN LA LEGISLACION BRASILEÑA PODRÁN SER DEPENDIENTE, LOS HIJOS MENORES DE 21 AÑOS O INVÁLIDOS, ASI COMO SUS EQUIPARADOS (HIJASTROS, BAJO TUTELA Y MENORES BAJO GUARDA MENORES DE 21 AÑOS).

CONFORME A LEGISLAÇÃO BRASILEIRA PODERÃO SER DEPENDENTES OS FILHOS MENORES DE 21 ANOS OU INCAPACITADOS, BEM COMO SEUS EQUIPARADOS (ENTEAUXOS, BAIXO TUTELA E MENORES SOB GUARDA, MENORES DE 21 ANOS).

**6. OTROS BENEFICIARIOS (4) / OUTROS BENEFICIÁRIOS (4)**

**LLENAR PARA CHILE / PREENCHER PARA O CHILE**

RELACIÓN CON EL AFILIADO (5) / RELAÇÃO COM O AFILIADO (5)

MADRE DEL TRABAJADOR / MÃE DO SEGURADO

PADRE DEL TRABAJADOR / PAI DO SEGURADO

MADRE O PADRE DE HIJO DE FILIACIÓN NO MATRIMONIAL DEL TRABAJADOR / MÃE OU PAI DE FILHOS DE FILIAÇÃO NÃO MATRIMONIAL

ESTADO CIVIL / ESTADO CIVIL  CASADA (O) / CASADA (O)  SOLTERA(O) / SOLTEIRA(O)  VIUDA (O) / VIÚVA (O)

DE LA MADRE O PADRE / DA MÃE OU DO PAI

DE HIJO DE FILIACIÓN NO MATRIMONIAL / DE FILHO DE FILIAÇÃO NÃO MATRIMONIAL

---

NOMBRE COMPLETO / NOME COMPLETO

---

-

CEDULA NACIONAL DE IDENTIDAD O R.U.T. EN CHILE / CARTEIRA NACIONAL DE IDENTIDADE OU R.U.T. NO CHILE

FECHA DE NACIMIENTO / DATA DE NASCIMENTO

---

DIRECCION COMPLETA / ENDEREÇO COMPLETO

(Calle, Número, Código Postal, Ciudad, Comuna, Estado, País, e-mail) / (Rua, Número, CEP, Cidade, Estado, País, e-mail)

(4) LLENAR UNA PÁGINA POR CADA BENEFICIARIO.

(4) PREENCHER UMA PÁGINA PARA CADA BENEFICIÁRIO.

(5) EN CHILE: El padre o la madre de hijos de filiación no matrimonial, para tener derecho a pensión deberá ser a la fecha de fallecimiento del causante, soltero/a o viuda/o y deberá acreditar que vivía a expensas del causante. En los regímenes de pensiones administrados por el Instituto de Previsión Social (Ex-INP) este derecho corresponde sólo a la madre de hijos de filiación no matrimonial. Si no existen los beneficiarios antes mencionados, el padre o la madre del trabajador tendrán derecho a pensión, siempre que demuestren que se encontraban viviendo a expensas del causante a la fecha de fallecimiento.

(5) NO CHILE: O pai ou a mãe de filhos de filiação não matrimonial, para ter direito a pensão deverá ser a data de falecimento do segurado, solteiro(a) ou viúva(o) e deverá comprovar que vivia as custas do falecido. Nos regimes de pensões administrados pelo "Instituto de Previsão Social" (Ex-INP) este direito corresponde somente para a mãe de filhos de filiação não matrimônio. Se não existirem os beneficiários anteriormente mencionados, o pai ou a mãe do segurado terão direito a pensão, sempre que demonstrarem que se encontravam vivendo as custas do segurado na data de seu falecimento.

**LLENAR PARA BRASIL / PREENCHER PARA O BRASIL**

RELACIÓN CON EL ASEGURADO (6) / RELAÇÃO COM O SEGURADO (6)

COMPAÑERA / COMPANHEIRA

PADRE / PAI

MADRE / MÃE

HERMANO / IRMÃO  INVALIDO / INCAPACITADO  MENORES DE 21 AÑOS / MENORES DE 21 ANOS

---

NOMBRE COMPLETO / NOME COMPLETO

---

-

DOCUMENTACION DE IDENTIFICACION / DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

FECHA DE NACIMIENTO / DATA DE NASCIMENTO

---

SEXO : / SEXO  MASCULINO / MASCULINO  FEMENINO / FEMININO

---

DIRECCION COMPLETA / ENDEREÇO COMPLETO

(Calle, Número, Código Postal, Ciudad, Comuna, Estado, País, e-mail) / (Rua, Número, CEP, Cidade, Estado, País, e-mail)

(6) SEGUN LEGISLACION BRASILEÑA PODRAN SER BENEFICIARIOS DE PENSION LOS COMPAÑEROS, PADRES Y LOS HERMANOS MENORES DE 21 AÑOS O INVALIDOS.

(6) CONFORME A LEGISLAÇÃO BRASILEIRA PODERÃO SER BENEFICIÁRIOS DE PENSÃO OS COMPANHIEROS, PAIS E OS IRMÃOS MENORES DE 21 ANOS OU INCAPACITADOS.

**7. ACTIVIDAD LABORAL DEL TRABAJADOR EN CHILE / ATIVIDADE PROFISSIONAL DO SEGURADO NO CHILE**

NOMBRE DEL EMPLEADOR NOME DO EMPREGADOR	PERIODO / PERIODO		ACTIVIDAD DEL TRABAJADOR ATIVIDADE DO SEGURADO	REGIMEN PREVISIONAL I.P.S. (ex- I.N.P.) (1) / A.F.P. (2) REGIME PREVIDENCIÁRIO I.P.S. (ex- I.N.P.) (1) / A.F.P. (2)
	DESDE / DE	HASTA / ATÉ		
	M M A A A A	M M A A A A		

(1) EN CASO DE ESTAR AFILIADO AL INSTITUTO DE PREVISION SOCIAL (ex-I.N.P.), INDICAR LA CAJA DE PREVISION DEL REGIMEN PREVISIONAL.  
 (1) NO CASO DE ESTAR AFILIADO AO "INSTITUTO DE PREVISION SOCIAL" (EX-INP), INDICAR A CAIXA DE PENSÃO DO REGIME PREVIDENCIÁRIO.

(2) EN CASO DE ESTAR AFILIADO A UNA A.F.P. INDICAR ESPECIFICAMENTE EL NOMBRE DE ÉSTA.  
 (2) NO CASO DE ESTAR AFILIADO A UMA A.F.P., INDICAR ESPECIFICAMENTE O NOME DESTA.

**8 INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL BENEFICIO EN EL EXTRANJERO / INFORMAÇÃO PARA O PAGAMENTO DE BENEFÍCIO NO ESTRANGEIRO**

Nombre del Banco: \_\_\_\_\_  
 Nome do Banco \_\_\_\_\_  
 Dirección del Banco: \_\_\_\_\_ Ciudad - País \_\_\_\_\_  
 Endereço do Banco \_\_\_\_\_ Cidade - País \_\_\_\_\_  
 Número de Cuenta: \_\_\_\_\_  
 Número da Conta \_\_\_\_\_  
 Código Swift: \_\_\_\_\_  
 Código Swift: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 FIRMA DEL SOLICITANTE / ASSINATURA DO REQUERENTE

\_\_\_\_\_  
 PAIS DE PRESENTACION / PAIS DE APRESENTAÇÃO

LOS DATOS PERSONALES CONSIGNADOS EN ESTE FORMULARIO CONSTAN EN DOCUMENTOS TENIDOS A LA VISTA  
 OS DADOS PESSOAIS CONSTANTES DESTA FORMULÁRIO CONFEREM COM OS DOCUMENTOS APRESENTADOS.

\_\_\_\_\_  
 SELLO - FIRMA / CARIMBO - ASSINATURA  
 INSTITUCION COMPETENTE / INSTITUIÇÃO RESPONSÁVEL

\_\_\_\_\_  
 SELLO - FIRMA / CARIMBO - ASSINATURA  
 ORGANISMO ENLACE / ORGANISMO DE LIGAÇÃO

\_\_\_\_\_  
 FECHA / DATA