

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

**ACORDO DE SEGURIDADE SOCIAL
ENTRE A REPUBLICA DO CHILE E A
REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**

SOLICITUD DE PENSION / SOLICITAÇÃO DE APOSENTADORIA

DE : / DE

A : / PARA

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

FECHA DE LA SOLICITUD / DATA DA SOLICITAÇÃO

N° DE LA SERIE / N° DE SÉRIE

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

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

FECHA DE EMISION / DATA DA EMISSÃO

UNIDAD DE LA FEDERACION / UNIDADE DA FEDERAÇÃO

SOLICITUD DE PENSION DE: / SOLICITAÇÃO DE APOSENTADORIA DE :

VEJEZ / VELHICE

VEJEZ ANTICIPADA EN EL-SISTEMA DE CAPITALIZACION INDIVIDUAL CHILENO /
VELHICE ANTECIPADA NO SISTEMA DE CAPITALIZAÇÃO INDIVIDUAL CHILENO

INVALIDEZ / INVALIDEZ

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

ESTADO CIVIL / ESTADO CIVIL

FECHA DE MATRIMONIO / DATA DE CASAMENTO

MASCULINO / MASCULINO

FEMENINO / FEMININO

CASADO (A) / CASADO (A)

VIUDO (A) / VIÚVO (A)

SOLTERO (A) / SOLTEIRO (A)

DIVORCIADO (A) / DIVORCIADO (A)

DIRECCIÓN 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 FOR SUSCRITA POR UM TERCEIRO)

NOMBRE COMPLETO / NOME COMPLETO	
<div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> - <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 150px; 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	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. DECLARACION DE BENEFICIARIOS (1) (2) (3) / DECLARAÇÃO DE BENEFICIÁRIOS (1) (2) (3)

NOMBRES Y APELLIDOS NOMES E SOBRENOMES	RELACION DE PARENTESCO RELAÇÃO DE PARENTESCO	FECHA DE NACIMIENTO DATA DE NASCIMENTO	R.U.T. EN CHILE O Nº DE INSCRIPCION EN BRASIL R.U.T. NO CHILE OU Nº DE INSCRIÇÃO NO BRASIL	SEXO		OBS. (3) OBS.
				M	F	

PARA CHILE : / PARA O CHILE

(1) LLENAR LA DECLARACIÓN DE BENEFICIARIOS SOLO EN CASO DE TRABAJADORES AFILIADOS AL SISTEMA DE CAPITALIZACIÓN INDIVIDUAL.

(1) PREENCHER A DECLARAÇÃO DE BENEFICIÁRIOS APENAS EM CASO DE SEGURADOS AFILIADOS AO SISTEMA DE CAPITALIZAÇÃO INDIVIDUAL

(2) SON POTENCIALES BENEFICIARIOS DE PENSIÓN: CÓNYUGE, HIJOS HASTA LOS 24 AÑOS COTIZADOS O ESTUDIANTES, PADRE O MADRE O HIJOS DE DISCAPACIDAD NO MANIFIESTA DEL TRABAJADOR

(2) SÃO POTENCIAIS BENEFICIÁRIOS DE PENSÃO: CÔNJUGO, FILHOS ATÉ 24 ANOS COTIZADOS O ESTUDANTES (SEM MANIFESTAÇÃO DE INCAPACIDADE DO SEGURADO)

PARA BRASIL : / PARA O BRASIL

(3) SEGUN LA LEGISLACION BRASILEÑA PODRÁN SER DEPENDIENTES, LOS HIJOS MENORES DE 21 AÑOS O INVÁLIDOS, ASÍ COMO SUS EQUIPARADOS (HMASTROS,

BAJO TUTELA Y MENORES BAJO GUARDA - MENORES DE 21 AÑOS). ADÉMÁS DE ESTOS, LOS CÔNYUGES, CÔMPANHEIROS, PADRES Y LOS HERMANOS MENORES DE 21 AÑOS O INVÁLIDOS.

(3) CONFORME A LEGISLAÇÃO BRASILEIRA PODERÃO SER DEPENDENTES OS FILHOS MENORES DE 21 ANOS OU INCAPACITADOS, BEM COMO SEUS EQUIPARADOS

(ENTRADOS, SOB TUTELA E MENORES SOB GUARDA - MENORES DE 21 ANOS), ALÉM DESESES, OS CÔNJUGOS, CÔMPANHEIROS, PAIS E OS IRMÃOS MENORES DE 21 ANOS OU INCAPACITADOS.

5. INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL BENEFICIO EN EL EXTRANJERO / INFORMAÇÃO PARA O PAGAMENTO DO 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 QUE CONSTAM NESTE FORMULÁRIO CONFEREM COM OS DOCUMENTOS APRESENTADOS

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

SELLO - FIRMA / CARIMBO - ASSINATURA
ORGANISMO ENLACE / ORGÃO DE LIGAÇÃO

FECHA / DATA