

Artículo 7 del Convenio
Art. 3.del Acuerdo Administrativo

3. Empresario (En Chile)

- 3.1. Nombre o razón social
- 3.2. N° de R.U.T. en Chile de la Empresa
- 3.3. Dirección (1)

4. El trabajador designado ha sido desplazado por un período que va probablemente:

De a

4.1. en el establecimiento que se cita en el apartado 5 (2)

..... sobre la embarcación que se cita en el apartado 5 (2)

5. Empresa a la que ha sido desplazado el trabajador (En España)

5.1. Nombre o razón social

5.2. Dirección (1)

6. El interesado queda sometido por este período a la legislación del país donde la empresa tiene su sede, conforme al artículo 4° del Acuerdo y tendrá derecho, para él y los miembros de su familia que le acompañen, a la asistencia sanitaria a cargo de la Institución Competente que figura en el apartado 7.

.....

7. Institución competente del país donde la empresa tiene su sede

7.1. Denominación

7.2. Dirección (1)

7.3. Sello 7.4. Fecha

7.5. Firma autorizada

.....

8. Institución aseguradora para Accidente del trabajo

8.1. Denominación

8.2. Dirección (1)

8.3. Sello

8.4. Fecha

8.5. Firma autorizada

.....

9. Organismo de Enlace que extiende el certificado

9.1 Denominación: SUPERINTENDENCIA DE PENSIONES

9.2 Dirección (1): Avda. Libertador Bernardo O'Higgins 1449 –Torre 2-Local 8
Santiago - Chile

9.3. Sello

9.4. Fecha.....

9.5 Firma autorizada

.....

INSTRUCCIONES:

El formulario debe ser llenado en caracteres de imprenta.

(1) Código postal, localidad, calle, número, país

(2) Poner un aspa en el recuadro que corresponda