

**U.S.A. CHILE AGREEMENT ON SOCIAL SECURITY
CONVENIO SOBRE SEGURIDAD SOCIAL ENTRE LOS
ESTADOS UNIDOS DE AMERICA
Y LA REPUBLICA DE CHILE**

**REQUEST / TRANSMITTAL / CERTIFICATION FORM
FORMULARIO DE ENLACE**

DATE OF ORIGINAL (MONTH / DAY / YEAR) FECHA ORIGINAL (MES / DÍA / AÑO) (/ /)	DATE (S) OF FOLLOW'UP(S) (MONTH / DAY / YEAR) FECHA REITERACION (MES / DÍA / AÑO)	
To / A: ☐ Social Security Administration Division of International Operations P.O. Box 17049 Baltimore, MD 21235-7049 USA ☐ United States Embassy Avenida Colombia 4300 1425 Buenos Aires Argentina	1. (/ /) 2. (/ /)) From / De SUPERINTENDENCIA DE PENSIONES Avda. Libertador Bernardo O'Higgins 1449 Torre 2 – Local 8 – Santiago - Chile	
1. INFORMATION ABOUT THE CLAIM / INFORMACION ACERCA DEL SOLICITANTE		
a) Name and surnames of worker Nombre y apellidos del trabajador		
b) Name at Birth Nombre de Nacimiento		
c) National Personal Identification Number or R.U.T. in Chile Cédula Nacional de Identidad o R.U.T. en Chile		
d) Social Insurance Registration Number in Chile Número de Inscripción en Servicio Seguro Social en Chile		
e) U.S. Social Security Number (SSN) Número de Seguridad Social estadounidense		

f) Father's Full Name Nombre completo del padre		
g) Mothers's Maiden Name Nombre de soltera de la madre		
h) Address of Claimant Dirección del solicitante		
i) Telephone Number Número de teléfono		
j) Type of Benefits Claimed Prestación solicitada	U.S. Estados Unidos	CHILE
Early Retirement Vejez Anticipada en A.F.P.		☐
Retirement Vejez	☐	☐
Disability Invalidez	☐	☐
Survivors Supervivencia	☐	☐
Other Otros		☐

Date Claim Filed
Fecha de presentación de la solicitud

(Month / day / year)
(Mes , Día , Año)

2. CERTIFICATION OF DATA/VERIFICACION DE ANTECEDENTES

Date of birth Fecha de nacimiento	Name Nombre	(m/d/y) (mes, día, año)	Verified/verificada
Worker / Trabajador		/ /	☐
Spouse / Widow Cónyuge / Viudo (a)		/ /	☐
Child / Hijo (a)		/ /	☐
Child / Hijo (a)		/ /	☐
Mother of the Worker Madre del Trabajador	.	//	☐
Father of the Worker Padre del Trabajador		/ /	☐
Mother of the Worker's Natural Child Madre de Hijo Natural del Trabajador		/...../.....	☐
b). Worker's Date of Death Trabajador Fecha de Defunción		/...../.....	☐
c). Date of Marriage Fecha de Matrimonio		/ / .	☐
d). Date of Divorce Fecha de Divorcio		/...../.....	☐

3. INFORMATION PROVIDED / INFORMACION PROPORCIONADA

a). Coverage Record Certificado de Períodos de Seguros	☐
b). Medical Evidence Informe Médicos	☐
(c). Information Requested On Información solicitada en fecha	/...../.....
d). Other (Specify) Otra (Especificar)	☐

4. INFORMATION REQUIRED / INFORMACIÓN SOLICITADA

a) This information is needed to process a claim under the agreement Esta información es necesaria para tramitar una solicitud conforme al convenio	
Yes / Si ☐	☐ No / No
b). Coverage Record Certificación de períodos de seguro	☐
c). Medica Evidence Informes Médicos	☐
d). Status of Request Dated Reiteración de nuestro escrito de fecha / ____/____/____	☐
e). Other (Specify) Otra (Especificar)	☐
REMARKS / OBSERVACIONES	
Signature / firma	Date/fecha
Stamp/sello Liason Agency of Chile	