

CHIL/L 3

SOLICITUD DE PENSION/ DEMANDE D'UNE PENSION

☐ DE VEJEZ / DE VIEILLESSE

☐ DE INVALIDEZ / D'INVALIDITE

Título III, capítulo segundo del Convenio/Titre III, chapitre 2 de la Convention
Artículo 6 del Acuerdo administrativo/Article 6 de l'Arrangement administratif

(Este formulario debe ser llenado a máquina o letra imprenta)/
(Ce formulaire doit être rempli à la machine ou en lettres imprimées)

Nº de expediente chileno/ Nº de référence du dossier chilien.....

Nº de expediente luxemburgués/ Nº de référence du dossier luxembourgeois.....

1.- Institución de Destino (Organismo de Enlace)/Institution Destinataire (Organisme de liaison)

1.1 Nombre/ Dénomination:

.....

1.2 Dirección/ Adresse:

.....

A. Información relativa al afiliado/Renseignements concernant le/la requérant/e

2..

2.1 Apellidos/ Nom complet

Nombres/Prénoms

.....

2.2 Sexo/Sexe:

☐ Femenino/Féminin

☐ Masculino/Masculin

2.3 Para Chile/Pour le Chili:

Nombre completo del padre/Nom complet père

Nombre completo de la madre/Nom complet mère:

.....

2.4 Fecha de nacimiento/Date de naissance

Lugar de nacimiento/Lieu de naissance

2.5 Dirección (calle, número, código postal, ciudad, país) /Adresse (rue, numéro, code postal, localité, pays):

.....

2.6 Número de identificación o RUT en Chile/ Numéro d'identification ou RUT au Chili

.....

CHIL/L 3

2.7 Número de identificación en Luxemburgo / Numéro d'identification au Luxembourg

.....

2.8 Fecha de cese de la actividad laboral/ Dernière journée effective de travail

.....

2.9 Nombre y dirección del último empleador/ Nom et adresse du dernier employeur:

.....

2.10 Ultima Institución de previsión en la que cotizó el solicitante:/
Dernière institution d'assurance pension auprès de laquelle le demandeur a été assuré:

En Chile/Au Chili (*):.....

En Luxemburgo/ Au Luxembourg:.....

(*) En caso de estar afiliado al Instituto de Normalización Previsional, indicar la caja de previsión del antiguo régimen previsional. En caso de estar afiliado a una A.F.P., indicar específicamente el nombre de ésta.
En cas d'affiliation à l'Institut de Normalisation Prévisionnel, indiquer la caisse de prévoyance de l'ancien régime prévisionnel. En cas d'affiliation à une A.F.P. indiquer le nom précis de celle-ci.

3. Estado Civil/Etat civil:

- | | |
|--|---|
| ☐ Soltero(a)/ Célibataire | ☐ Divorciado(a)/ Divorcé(e) depuis |
| ☐ Separado(a)desde/ Séparé(e) depuis..... | ☐ Casado(a) desde/ Marié(e) depuis..... |
| ☐ Nuevas nupcias desde/ Remarié(e) depuis | ☐ Viudo(a)/ Veuf(ve) depuis |

4. Identificación bancaria/ Identification bancaire

4.1 Nombre del titular del banco/ Nom du bénéficiaire à la banque:

.....

4.2 Nombre del banco/ Dénomination de la banque:.....

4.3 Dirección del banco/ Adresse de la banque:.....

.....

4.4 Código bancario/ Code bancaire:.....

4.5 N° Cuenta bancaria/Compte bancaire:.....

5.. Información sobre la actividad laboral actual o futura del trabajador /
Renseignements sur l'activité professionnelle actuelle ou future du travailleur.

5.1	☐ El afiliado todavía ejerce una actividad laboral/ L'assuré/e exerce encore une activité professionnelle	☐ dependiente salariée	☐ independiente non salariée
5.2	Monto del ingreso laboral/ montant du revenu professionnel		
5.3	☐ El afiliado no ejerce ninguna actividad laboral/ L'assuré/e n'exerce plus d'activité professionnelle	☐ dependiente salariée	☐ independiente non salariée
	Desde el/ Depuis le.....		
5.4	☐ El afiliado dejará de prestar servicios como/ L'assuré/e entend cesser d'exercer une activité	☐ dependiente salariée	☐ independiente non salariée
	El/ le		
5.5	☐ El afiliado pretende ejercer una actividad como/ L'assuré/e entend exercer une activité	☐ dependiente salariée	☐ independiente non salariée
	A partir del / à partir du		

6. Actividad laboral del trabajador cumplida en el otro país / Activité professionnelle du travailleur accomplie dans l'autre pays.

Nombre del empleador /Nom de l'employeur	Periodo/ Période												Actividad del trabajador/ Activité du travailleur	Régimen previsional/ Caisse de Pension (1)
	Desde/ Du						Hasta/ Au							
	M	M	A	A	A	A	M	M	A	A	A	A		

(1) Para Chile: En caso de estar afiliado al Instituto de Normalización Previsional, indicar la Caja de Previsión del Antiguo Régimen Previsional, y en caso de estar afiliado a una A.F.P. indicar específicamente el nombre de ésta.

(1) Pour le Chile: Si la personne est assurée au "Instituto de Normalización Previsional", indiquer la Caisse de Pension de l'ancien régime, et, si elle est assurée à une A.F.P., spécifier le nom de celle-ci.

CHIL/L 3

**B. Información relativa a los beneficiarios del afiliado (2)/
Renseignements concernant les membres de famille du demandeur (2)**

7.

Nombres y apellidos/ Noms et prénoms	Relación de parentesco/ Lien de parenté	Fecha de nacimiento/ Date de naissance	Número de identificación ou RUT Numéro d'identification ou RUT	Sexo/Sexe		Observaciones/ Observations (3)
				M	F	

Notas / Note:

- (2): Para Chile, son beneficiarios de pensión: la cónyuge, el cónyuge varón **sólo** si es inválido, los hijos hasta los 25 años solteros y estudiantes, la madre de hijos de filiación no matrimonial del trabajador. El padre o madre del trabajador son beneficiarios de pensión sólo si viven a expensas del afiliado y siempre que no exista ninguno de los anteriores beneficiarios.
- (2): Pour le Chili les bénéficiaires de la pension sont: l'épouse, l'époux **seulement** s'il est invalide, les enfants jusqu'à 25 ans, célibataires et étudiants, la mère ayant des enfants en commun avec l'assuré hors du mariage. Le père ou la mère de l'assuré bénéficient de la pension s'ils dépendent de l'assuré et seulement s'il n'y a pas un des ayants droits mentionnés plus haut.
- (3): De existir un cónyuge varón o un hijo inválidos, indicarlo en esta columna.
- (3): S'il y a un époux ou un enfant invalides, l'indiquer dans cette colonne.

CHIL/L 3

C. Informaciones varias/Renseignements divers

8.

8.1	Fecha de presentación de esta solicitud/Date d'introduction de la présente demande:											
	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>											
8.2	Formularios adjuntos/Formulaires joints:	☐ CHIL/L6 (certificado de períodos de seguro)/ (attestation sur la carrière d'assurance)										
		☐ CHIL/L7 (Informe médico/ Rapport Médical)										
	Formularios solicitados/ Formulaires demandés	☐ CHIL/L6 (certificado de períodos de seguro)/ (attestation sur la carrière d'assurance)										
		☐ CHIL/L7 (Informe médico/ Rapport Médical)										
8.3	Observaciones/Observations											
8.4	Firma del solicitante (sólo para solicitudes presentadas en Chile)/ Signature du demandeur (seulement pour les demandes présentées au Chili)											

9. Organismo de enlace o Institución competente / Organisme de liaison ou Institution compétente.

9.1	Nombre/ Dénomination	
9.2	Dirección / Adresse	
9.3	Sello/ Cachet.....	9.4 Fecha/ Date
9.5	Firma/Signature.....	
Se verificó la veracidad de la información/ L'exactitude des renseignements ci-dessus a été vérifiée.		