

**CONVENIO DE SEGURIDAD SOCIAL ENTRE CHILE Y PORTUGAL**  
**CONVENÇÃO SOBRE SEGURANÇA SOCIAL ENTRE O CHILE E PORTUGAL**

**SOLICITUD DE PENSION DE SOBREVIVENCIA**  
**INSTRUÇÃO DE UM REQUERIMENTO DE PENSÃO**

Artículos 11.º a 14.º del Convenio / Artigos 11.º a 14.º da Convenção  
 Artículos 7.º a 10.º del Acuerdo Administrativo / Artigos 7.º a 10.º do Acordo Administrativo

FECHA DE PRESENTACIÓN / DATA DE APRESENTAÇÃO : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**A. INFORMACIÓN RELATIVA AL TRABAJADOR FALLECIDO/A**

|                                                             |                                                                                                                                                                                                       |                                                                 |                                                  |
|-------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| <b>1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR</b>                      |                                                                                                                                                                                                       |                                                                 |                                                  |
| 1.1 Nombre completo / Nome completo:                        |                                                                                                                                                                                                       |                                                                 |                                                  |
| 1.2<br><b>CHILE</b>                                         | 1.3 Cédula Nacional de Identidad o Rol Único Tributario (R.U.T).<br>Carteira Nacional de Identidade ou “Rol Unico Tributário” (RUT)                                                                   |                                                                 |                                                  |
|                                                             | 1.4 Nombre del Padre/                                                                                                                                                                                 |                                                                 |                                                  |
|                                                             | Nombre de la Madre/                                                                                                                                                                                   |                                                                 |                                                  |
| <b>PORTUGAL</b>                                             | 1.5 N.º de asegurado / N.º de beneficiário:                                                                                                                                                           |                                                                 |                                                  |
|                                                             | 1.6 N.º de Inscripción Tributario /N.º Fiscal de Contribuinte                                                                                                                                         |                                                                 |                                                  |
| 1.7 Fecha nacimiento:<br>Data de nascimento: ____/____/____ | 1.8 Nacionalidad:<br>Nacionalidade:                                                                                                                                                                   | 1.9 Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F |                                                  |
| 1.10: ESTADO CIVIL:                                         | <input type="checkbox"/> Soltero/Solteiro <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Viudo/a<br><input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente |                                                                 | Fecha de Fallecimiento/data do<br>____/____/____ |
| 1.11 Dirección habitual:<br>Endereço habitual:              | Calle/Rua: Nº:<br>Código Postal: Ciudad/Localidade:<br>Comuna/Concelho: País:                                                                                                                         |                                                                 |                                                  |

|                                                                                                                                                             |  |                                    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------|
| <b>2. INSTITUCIONES EN QUE EL TRABAJADOR HA ESTADO ASEGURADO / INSTITUIÇÕES EM QUE O TRABALHADOR ESTEVE SEGURADO:</b>                                       |  |                                    |
| <b>2.1 EN PORTUGAL/EM PORTUGAL</b> (Ex: Centro Distrital de Segurança Social; Caixa de Previdência; Caixa Geral de Aposentações para funcionários públicos) |  |                                    |
| Designación:<br>Designação:                                                                                                                                 |  | De ____/____/____ a ____/____/____ |
|                                                                                                                                                             |  | De ____/____/____ a ____/____/____ |
|                                                                                                                                                             |  | De ____/____/____ a ____/____/____ |

**2.2 OTRO PAIS / OUTRO PAÍS:** (Que país y señalar la institución/ Qual país e designação da instituição):Solamente en relación a **Portugal** / Somente em relação a **Portugal**Si ha estado afiliado en el régimen general y en la “Caixa Geral de Aposentações” presente la liquidación de la pensión unificada / Se esteve inscrito no regime geral e na Caixa Geral de Aposentações pretende beneficiar do regime da pensão unificada: ☐ Si/Sim ☐ No/Não**2.3 EN CHILE.**

| Nombre del<br>empleador / | Período/ |   |   |   |   |   |        |   |   |   |   |   | Actividad del<br>trabajador/ | Régimen Previsional/<br>(1) |
|---------------------------|----------|---|---|---|---|---|--------|---|---|---|---|---|------------------------------|-----------------------------|
|                           | Desde/   |   |   |   |   |   | Hasta/ |   |   |   |   |   |                              |                             |
|                           | 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.

**3 OTRAS INFORMACIONES SOBRE EL ASEGURADO FALLECIDO / OUTRAS INFORMAÇÕES SOBRE O SEGURADO FALECIDO**

|                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                    |                                                                                                                                                                                             |
|---------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 3.1. Causa de la muerte /<br>Causa do óbito:      | <input type="checkbox"/> enfermedad natural/doença natural; <input type="checkbox"/> accidente de trabajo o enfermedad profesional / acidente de trabalho ou doença profissional; <input type="checkbox"/> accidente con responsabilidad de terceros/acidente com responsabilidade de terceiros; <input type="checkbox"/> otra causa/outra causa (especificar):<br>..... |                                                                                    |                                                                                                                                                                                             |
| 3.2. Fecha de<br>fallecimiento /<br>Data do óbito | ____/____/____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 3.3. Situación en la fecha de<br>fallecimiento / Situação à data<br>do óbito:..... | <input type="checkbox"/> solicitante de pensión/requerente de pensão;<br><input type="checkbox"/> pensionista; <input type="checkbox"/> otra/outra<br>(especificar):.....<br>.....<br>..... |

## B.- INFORMACIONES RELATIVAS A LOS BENEFICIARIOS

|                                                                                                                                                                                      |                                                                                                     |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <b>4.</b>                                                                                                                                                                            | <b>ANTECEDENTES RELATIVOS A : VIUDA O VIUDO(1)/</b>                                                 |  |
| <b>4.1.-</b>                                                                                                                                                                         | .....<br><b>Nombres- Apellidos</b>                                                                  |  |
| <b>4.2.</b>                                                                                                                                                                          | .....<br><b>Apellido del Padre/</b> <b>Apellido de la Madre/</b>                                    |  |
| <b>4.3.-</b>                                                                                                                                                                         | <b>Sexo /:</b> <input type="checkbox"/> <b>Femenino/</b> <input type="checkbox"/> <b>Masculino/</b> |  |
| <b>4.4.-</b>                                                                                                                                                                         | <b>Fecha de nacimiento/Data nascimento:</b> .....<br><b>Lugar de nacimiento/</b> .....              |  |
| <b>4.5.-</b>                                                                                                                                                                         | <b>Dirección (calle, número , código postal, ciudad, ,país)/ Endereco:</b> .....<br>.....           |  |
| <b>4.6.-</b>                                                                                                                                                                         | <b>N° de identificación o R.U.T. en Chile/</b> .....                                                |  |
| <b>4.7.-</b>                                                                                                                                                                         | <b>N° de identificación en Portugal/</b> .....                                                      |  |
| <b>4.8.-</b>                                                                                                                                                                         | <b>Fecha de matrimonio con el afiliado fallecido/</b> .....                                         |  |
| <b>(1)</b> En Chile 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. |                                                                                                     |  |

| 5. ANTECEDENTES DE HIJOS Y/U OTROS BENEFICIARIOS / (2) (3) |                |                                          |                                                |                                |              |              |
|------------------------------------------------------------|----------------|------------------------------------------|------------------------------------------------|--------------------------------|--------------|--------------|
| Nombre completo /Nome completo:                            |                | Fecha de nacimiento / Data de nascimento | RUT (1) o Número de identificación Portuguesa. | Relación de Parentesco (2) (3) | Sexo (F o M) | Estado Civil |
|                                                            | .....<br>..... |                                          |                                                |                                |              |              |
|                                                            | .....<br>..... |                                          |                                                |                                |              |              |
|                                                            | .....<br>..... |                                          |                                                |                                |              |              |
|                                                            | .....<br>..... |                                          |                                                |                                |              |              |

**(1)En caso de personas de nacionalidad chilena / No caso de pessoas de nacionalidad chilena.**

- (2) En el caso de Chile indicar si es hijo o madre de hijo de filiación no matrimonial. Los hijos son beneficiarios de pensión siempre que sean solteros, menores de 18 años de edad o hasta 24 años, si acreditan la calidad de estudiante. Si hay hijos inválidos, estos serán beneficiarios sin límite de edad, siempre que acrediten su invalidez con el dictamen respectivo.  
La madre de hijos de filiación no matrimonial, para tener derecho a pensión deberá ser a la fecha de fallecimiento del causante, soltera o viuda y deberá acreditar que vivía a expensas del causante.  
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 del fallecimiento.
- (3) En caso de prestaciones de sobrevivencia portuguesas indicar los hijos y, a falta de cónyuge y/o hijos, ascendentes a cargo del trabajador / No caso de prestações de sobrevivência portuguesas indicar os filhos (o conjuge ou ex-cônjuge figura no quadro 2) e, na falta destes, os ascendentes do trabalhador que estivessem a cargo deste.

|                                                                                                |                                                                                                                             |                                                                 |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|--|
| <b>6 INFORMACIONES DEL SOLICITANTE / INFORMAÇÕES RELATIVAS AO REQUERENTE<sup>(1) (2)</sup></b> |                                                                                                                             |                                                                 |  |
| 6.1. Nombre completo /<br>Nome completo:                                                       |                                                                                                                             |                                                                 |  |
| 6.2. Fecha nacimiento:<br>Data de nascimento: ____/____/____                                   | 6.3 Nacionalidad:<br>Nacionalidade:                                                                                         | 6.4 Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F |  |
| 6.5 Parentesco con el asegurado fallecido/Parentesco com o segurado falecido                   |                                                                                                                             |                                                                 |  |
| 6.6<br>Dirección habitual:<br>Endereço habitual:                                               | Calle/Rua: .....<br>.....Nº:<br><br>Código Postal: ..... Ciudad/Localidade: .....<br><br>Comuna/Concelho: ..... País: ..... |                                                                 |  |

(1) Cónyuge o ex Cónyuge con derecho a pensión alimenticia/ Conjuge ou exconjuge com direito a pensao de alimentos.

(2) Otros posible beneficiarios/ outros possíveis beneficiarios.

|                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                           |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>7 OTRAS INFORMACIONES SOBRE EL SOLICITANTE / OUTRAS INFORMAÇÕES SOBRE O REQUERENTE</b>                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                           |
| 7.1. El interesado recibe o ha solicitado/ interessado recebe ou requereu:                                                                                                                                                                                     | Pensión del régimen de accidentes del trabajo o enfermedades profesionales ?<br>Pensão do regime de acidentes de trabalho ou doenças profissionais ?            | <input type="checkbox"/> Si/ Sim <input type="checkbox"/> No/Nao                                                                          |
|                                                                                                                                                                                                                                                                | Indemnizaciones a consecuencia de accidente de la responsabilidad de terceros ?<br>Indemnizações em consequência de acidente da responsabilidade de terceiros ? | <input type="checkbox"/> Si/ Sim <input type="checkbox"/> No/Nao                                                                          |
|                                                                                                                                                                                                                                                                | Otra prestación / Outra prestação ? ( naturaleza de la prestación/natureza da prestação)                                                                        | <input type="checkbox"/> Si/ Sim <input type="checkbox"/> No/Nao                                                                          |
| 7.2. En caso afirmativo informar si se trata de una prestación de derecho propio o a causa de la muerte del asegurado / Em caso afirmativo indicar se se trata de uma prestação de direito próprio ou devida por morte do segurado:<br>.....<br>.....<br>..... | 7.3. Valor mensual de la pensión o indemnización / valor mensal da pensão ou da indemnização (1):.....<br>.....                                                 | 7.4. Designación de la entidad <b>que otorga</b> la prestación / Designação da entidade devedora da prestação:<br>.....<br>.....<br>..... |

**8. IDENTIFICACIÓN BANCARIA PARA EL PAGO DEL BENEFICIO**

- 8.1 Nombre del titular /:  
.....
- 8.2 Nombre del banco/ :.....
- 8.3 Dirección del banco/ :.....  
.....
- 8.4 Código bancario/:.....
- 8.5 N° Cuenta bancaria/:.....

**9. INSTITUCIÓN COMPETENTE /**

|                                |  |                                               |  |
|--------------------------------|--|-----------------------------------------------|--|
| Nombre :<br>Designação:        |  |                                               |  |
| Dirección:<br>Endereço:        |  |                                               |  |
| Data/Fecha – Firma/Assinatura: |  | ____/____/____ _____                          |  |
| Sello/<br>Carimbo              |  | Teléfono /e _____ Fax: _____<br>E- mail:----- |  |

**10 ORGANISMO DE ENLACE**

|                                |  |                                              |  |
|--------------------------------|--|----------------------------------------------|--|
| Nombre :<br>Designação:        |  |                                              |  |
| Dirección:<br>Endereço:        |  |                                              |  |
| Data/Fecha – Firma/Assinatura: |  | ____/____/____ _____                         |  |
| Sello/<br>Carimbo              |  | Teléfono /e _____ Fax: _____<br>E-mail:----- |  |