

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

SOLICITUD DE PENSION

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

SOLICITUD DE PRESTACIONES DE : / REQUERIMENTO DE PRESTAÇÕES DE:		
☐	VEJEZ / VELHICE	☐
☐	INVALIDEZ	☐
☐	VEJEZ ANTICIPADA	
FECHA DE PRESENTACIÓN / DATA DE APRESENTAÇÃO : ____/____/____		

1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR			
1.1 Nombre completo/ Nome completo:			
1.2 CHILE	1.3 Cédula Nacional de Identidad o Rol Unico Tributário (R.U.T). Carteira Nacional de Identidade ou “Rol Unico Tributário” (RUT)		
	1.4 Nombre del Padre/		
	Nombre de la Madre/		
PORTUGAL	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: Data de nascimento: ____/____/____	1.8 Nacionalidad: Nacionalidade:	1.9 Sexo: ☐ M ☐ F	
1.10: ESTADO CIVIL:	☐ Soltero/Solteiro ☐ Casado/a ☐ Viudo/a ☐ Divorciado/a ☐ Separado Judicialmente	Fecha del hecho/data do facto: ____/____/____	
1.11 Dirección habitual: Endereço habitual:	Calle/Rua: Código Postal: Comuna/Concelho:	Nº: Ciudad/Localidade: País:	

2. INSTITUCIONES EN QUE EL TRABAJADOR HA ESTADO ASEGURADO / INSTITUIÇÕES EM QUE O TRABALHADOR ESTEVE SEGURADO:	
2.1 EN PORTUGAL/ EM PORTUGAL (Ex: Centro Distrital de Segurança Social; Caixa de Previdência; Caixa Geral de Aposentações para funcionários públicos)	
Designación: Designação:	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	
Se 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/Nao

2.3 EN CHILE.														
Nombre del empleador /	Período /												Actividad del trabajador/	Régimen Previsional/ (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. ACTIVIDAD LABORAL DEL ASEGURADO / INFORMAÇÕES RELATIVAS À CARREIRA LABORAL DO SEGURADO ⁽¹⁾		
3.1. Actividad laboral ejercida en los 3 años anteriores a la solicitud / Profissão exercida nos 3 anos anteriores ao requerimento:.....	3.2. El asegurado continua ejerciendo una actividad laboral / O segurado continua a exercer uma actividade profissional ? ☐ Si / Sim ☐ No / Não	3.3. En caso afirmativo indicar cual es / Na afirmativa qual:.....

(1). Solamente a efectos de invalidez en el caso de pensión de invalidez portuguesa / No caso da legislação portuguesa estes elementos apenas são necessários para efeitos de pensão de invalidez.

4. INFORMACIÓN RELATIVA A LOS POTENCIALES BENEFICIARIOS DE PENSIÓN(2)/						
Nombres y apellidos/	Relación de parentesco/	Fecha de nacimiento/ (dd/mm/aaaa)	R.U.T o Número de identificación	Sexo		Observaciones / (3)
				M	F	

(2): Para Chile, llenar sólo para los afiliados a una A.F.P.

Son potenciales beneficiarios de pensión: cónyuge mujer, cónyuge varón inválido, hijos hasta los 24 años solteros y estudiantes, 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 existan los beneficiarios anteriores.

(3): De existir un cónyuge varón o un hijo inválidos, indicarlo en esta columna.

5.	IDENTIFICACION BANCARIA PARA EFECTOS DEL PAGO DEL BENEFICIO
5.1	Nombre del titular /:
5.2	Nombre del banco/ :.....
5.3	Dirección del banco/:.....
5.4	Código bancario/:.....
5.5	Nº Cuenta bancaria/:.....

6. INSTITUCIÓN COMPETENTE / Instituição do lugar de residencia	
Nombre : Designação:	
Dirección: Endereço:	
Data/Fecha – Firma/Assinatura:	____/____/____
Sello/ Carimbo	Teléfono /e _____ Fax: _____ E-mail: _____

7. ORGANISMO DE ENLACE /	
Nombre : Designação:	
Dirección: Endereço:	
Data/Fecha – Firma/Assinatura:	____/____/____
Sello/ Carimbo	Teléfono /e _____ Fax: _____ E-mail: _____