

FÖRSÄKRINGSKASSAN

KONVENTION MELLAN SVERIGE OCH CHILE
OM SOCIAL TRYGGHET
CONVENIO DE SEGURIDAD SOCIAL ENTRE
CHILE Y SUECIA

Denna ansökan skickas tillsammans med läkarutlåtande till:
Esta solicitud acompañada del correspondiente certificado
médico debe enviarse a:
Stockholms läns allmänna försäkringskassa, Utlandsavdelningen,
S-105 11 Stockholm, SUECIA.

**SOLICITUD de pensión por enfermedad
o invalidez****S/CHILE :**

Numero de identidad en Chile

**SÖKANDE
SOLICITANTE**

Efternamn och alla förnamn Apellidos y todos los nombres		Svenskt personnummer (år, månad, dag och fyra siffror) Número personal sueco (año, mes, día y 4 cifras)	
Utdelningsadress, postnummer och postort Domicilio (dirección y lugar)		Födelsedatum (år, månad och dag) Fecha de nacimiento (año, mes, día)	
Civiltstånd - Estado civil ☐ Ogift ☐ Gift ☐ Änka, änking ☐ Frånskild ☐ Soltero/a ☐ Casado/a ☐ Viudo/a ☐ Divorciado/a		Kön - Sexo ☐ Man ☐ Kvinna ☐ Hombre ☐ Mujer	

**MAKE
CONYUGE**

Efternamn och alla förnamn Apellidos y todos los nombres		Svenskt personnummer (år, månad, dag och fyra siffror) Número personal sueco (año, mes, día y 4 cifras)	
		Födelsedatum (år, månad och dag) Fecha de nacimiento (año, mes, día)	
Lever du och din make åtskilda Viven Vd. y su cónyuge separados		datum Fecha ☐ Nej ☐ Ja, sedan ☐ No ☐ Sí, desde	

**SAMBOENDE MED ANNAN
CONVIVENCIA CON OTRA PERSONA**

Är du samboende med någon du tidigare varit gift med eller har haft barn med Convive Vd. con otra persona con quien ha estado casado/a anteriormente o con quien tiene o ha tenido hijos		datum fecha ☐ Nej ☐ Ja, sedan ☐ No ☐ Sí, desde	
Efternamn och tilltalsnamn på den du är samboende med Apellidos y todos los nombres de la persona con quien convive		Svenskt personnummer (år, månad, dag och fyra siffror) Número personal sueco (año, mes, día y 4 cifras)	
		Födelsedatum (år, månad och dag) Fecha de nacimiento (año, mes, día)	

**FÖRVÄRVSARBETE I ANNAT LAND MM
TRABAJO REMUNERADO EN OTRO PAIS ETC.**

Har du förvärvsarbetat i annat land än Sverige Ha tenido trabajo remunerado fuera de Suecia		Land Estado ☐ Nej ☐ Ja, i ☐ No ☐ Sí, en	
Uppbär du eller har du sökt pension från annat land Está recibiendo o ha solicitado pensión de otro país que no sea Suecia		Land País ☐ Nej ☐ Ja, från ☐ No ☐ Sí, de	
Är du på grund av yrkesskada berättigad till livränta eller pension från annat land än Sverige Tiene derecho a renta vitalicia o pensión de otro país que no sea Suecia debido a accidente de trabajo o enfermedad profesional		Årsbelopp Cuantía anual ☐ Nej ☐ Ja ☐ No ☐ Sí	
Utbetalande myndighet Entidad pagadora			

**Försäkringskassans anteckningar
Anotaciones de la Caja de la Seguridad Social**

Samtidig ansökan om		Fk nr, ankomstdatum	
---------------------	--	---------------------	--

**UTBETALNINGSSATT
FORMA DE PAGO**

☐ Jag vill ha pensionen i svenska kronor ☐ Deseo que la pensión sea pagada en coronas suecas			☐ Nej ☐ No	☐ Ja ☐ Sí
☐ Jag vill ha pensionen utbetald till nedan nämnda adress ☐ Deseo que la pensión sea pagada a la dirección indicada abajo				
☐ Jag vill att pensionen sätts in på nedan nämnt bankkonto ☐ Deseo que la pensión sea depositada en la cuenta bancaria indicada abajo				
Kontonummer Numero de la cuenta		Bankens namn Nombre del banco		
Bankens fullständiga adress Dirección completa del banco				
Bankens telefonnummer Numero de teléfono del banco		Bankens telefaxnummer Numero de telefax del banco		Bankens SWIFT-kod Código SWIFT del banco

**ANNAN BETALNINGSMOTTAGARE ÄN SÖKANDEN
OTRO DESTINATARIO DEL PAGO QUE NO SEA EL SOLICITANTE**

Namn Nombre	Svenskt personnummer (år, månad, dag och fyra siffror) Numero personal sueco (año, mes, día y, 4 cifras)
Utdelningsadress, postnummer och postort Dirección (calle, número, código postal, localidad, provincia, país)	Telefonnummer (även riktnummer) Núm. de teléfono, también el prefijo

**ANLEDNING TILL NEDSÄTTNING AV ARBETSFÖRMÅGAN
RAZON DE LA REDUCCION DE LA CAPACIDAD LABORAL**

Beskriv så utförligt som möjligt dina arbetshinder och besvär Describa lo más detalladamente posible las molestias que sufre y las razones que le impiden trabajar
Sedan vilken tid har din arbetsförmåga varit nedsatt i mera betydande grad Desde cuándo tiene su capacidad de trabajo disminuida en grado importante
Vilka läkare har du anlitat och på vilka sjukhus har du erhållit vård för den sjukdom (skada) som nedsätter din arbetsförmåga Qué médicos le han atendido y en qué hospitales ha sido atendido por la enfermedad (accidente) causante de la disminución de su capacidad de trabajo

ESTUDIOS POSTERIORES A LA ENSEÑANZA PRIMARIA

Anser du att omskolning skulle vara av värde för dig och i så fall till vilket yrke
 Considera Vd. que le serian de utilidad nuevos estudios para readaptacion
 laboral y en caso afirmativo para que profesio n

☐ Nej ☐ Ja, till yrke:
☐ No ☐ Si, para la profesión de

TIDIGARE ARBETSFÖRHÅLLANDEN

- uppge arten och omfattningen av förvärvsarbete och hushållsarbete i eget hem under åren närmast före den tidpunkt då arbetsförmågan blev nedsatt i mera betydande grad.

CIRCUNSTANCIAS LABORALES ANTERIORES

- indicar el tipo la extensión de los trabajos profesionales y del hogar que desempeñaba los años antes de que su capacidad laboral se disminuyera en grado importante. Si se dedicaba a actividades propias indicar la dirección del negocio, y si estaba empleado la dirección y nombre del empleador

Om förvärvsarbete förekommit under de senaste 12 månaderna, ange inkomsten av detta
 Si ha trabajado durante los últimos 12 meses, indicar el sueldo o ingresos percibidos

NUVARANDE ARBETSFÖRHÅLLANDEN SITUACION LABORAL ACTUAL

Förvärvsarbetets art
 Tipo de trabajo

Sedan när har du denna sysselsättning eller anställning
 Desde cuándo tiene esta ocupación o empleo

Arbetsgivarens namn och adress. Vid egen verksamhet adressen där verksamheten bedrivs
 Nombre y dirección del empleador. Si se trata de actividades propias, indicar la dirección del lugar donde se desempeñan

Arbetsid per dag, vecka eller månad
 Horas de trabajo por día, semana o mes

Arbetsinkomst per dag, vecka eller månad
 Ingresos laborales por día, semana o mes

Är ditt arbete stadigvarande
 Es su trabajo de tipo permanente
 Nej Ja

Tipo de vivienda, tamaño y características. Número de familiares, profesión del otro conyuge. Cuidad de los niños.

Vad slags hushållsarbete kan du fortfarande utföra

Qué tipo de labores domésticas puede Vd. seguir desempeñando

Måste hjälp anlitas för visst hushållsarbete. I så fall för vilka sysslor. Vilken ersättning betalas ut för detta per vecka

Necesita ayuda para algunos trabajos domésticos? En caso afirmativo, indicar cuáles son. Qué cantidad semanal paga usted por estos servicios

SÄRSKILDA UPPLYSNINGAR OTRAS INFORMACIONES

UNDERSKRIFT
FIRMA

Jag försäkrar att de uppgifter jag lämnat är fullständiga och sanningsenliga
Aseguro que los datos presentados son completos y se ajustan a la verdad

(Datum)
(Fecha)

(Namnteckning)
(Firma)

(Telefonnummer, även riktnummer)
(Num. de teléfono, también el prefijo)

Denna ansökan skickas till:

Esta solicitud ha de ser enviada a:

Stockholms läns allmänna försäkringskassa
Utländsavdelningen
S-105 11 Stockholm
SUECIA

Numero de identidad en Chile

**SÖKANDE
SOLICITANTE**

Efternamn och alla förnamn Apellidos y todos los nombres		Svenskt personnummer (år, månad, dag och fyra siffror) Número personal sueco (año, mes, día y 4 cifras)	
Utdelningsadress, postnummer och postort Dirección (calle, número, código postal, localidad, provincia, país)		Födelsedatum (år, månad och dag) Fecha de nacimiento (año, mes, día)	
Civilstånd Estado civil		Kön Sexo	
☐ Ogift Soltero/a	☐ Gift Casado/a	☐ Änka, änking Viudo/a	☐ Frånskild Divorciado/a
		☐ Man Hombre	☐ Kvinna Mujer

**MAKE
CONYUGE**

Efternamn och alla förnamn Apellidos y todos los nombres		Svenskt personnummer (år, månad, dag och fyra siffror) Número personal sueco (año, mes, día y 4 cifras)	
		Födelsedatum (år, månad och dag) Fecha de nacimiento (año, mes, día)	

**VÅRD PÅ INSTITUTION
ASISTENCIA EN INSTITUCION**

Vårdas du på institution Recibe Vd. asistencia permanente en institucion		from desde
☐ Nej No	☐ Ja Sí	
Institutionens namn och adress Nombre y dirección de la institución		

**FUNKTIONSNEDSÄTTNING
DISMINUCION FUNCIONAL**

Saknar du ledsyn Carece Vd. de visión locomotriz		Saknar du möjlighet eller har du stora svårigheter att med hörapparat uppfatta tal Es Vd. incapaz de o tiene grandes dificultades para entender con audifono cuando se habla	
☐ Nej No	☐ Ja Sí	☐ Nej No	☐ Ja Sí
Beror funktionsnedsättningen på annan sjukdom eller skada. Beskriv, så fall de besvär som föranleder funktionsnedsättningen Se debe su disminución funcional a alguna otra enfermedad o lesión? Describa en tal caso las molestias que causan la disminución			
När uppkom funktionsnedsättningen Fecha de comienzo de la disminución funcional			

**Försäkringskassans anteckningar
Anotaciones de la Caja de la Seguridad Social**

	Ck nr, ankomstdatum	Lk nr, ankomstdatum

CARACTER Y AMPLITUD DE LA AYUDA NECESITADA

Behöver du på grund av ditt handikapp hjälp av annan i din dagliga livsföring. Vad behöver du hjälp med. Hur lång tid tar det. Vem hjälper dig
 ¿Necesita la ayuda de otra persona en su vida diaria debido a su invalidez? ¿En que necesita ayuda? ¿Cuánto tiempo? ¿Quién le ayuda?

Använder du protes, kryckor, rullstol eller andra hjälpmedel. Ange vilka
 ¿Utiliza Vd. prótesis, muletas, silla de ruedas u otros medios auxiliares? Indique cuáles

Behöver du på grund av ditt handikapp fortlopande hjälp av annan för att kunna förvärsarbete eller studera.
 Vad behöver du hjälp med. Hur lång tid tar det. Vem hjälper dig
 ¿Necesita la ayuda continua de otra persona para poder realizar un trabajo remunerado o estudiar?
 ¿En que necesita ayuda? ¿Cuánto tiempo? ¿Quién le ayuda?

Vid förvärsarbete: Ange arbetets art och omfattning, eventuell arbetsgivares namn och adress samt din inkomst av förvärsarbete per år
 En caso de trabajo remunerado: indique el carácter y amplitud del trabajo, el nombre y dirección del empleador en su caso y los ingresos anuales de ese trabajo

Vid studier: Skolans namn och adress
 En caso de estudios: nombre y dirección del centro de estudios

Beräknad återstående studietid
 Tiempo calculado para la terminación de los estudios

Har du statligt studentstöd
 Percibe Vd. ayuda estatal de estudios
 Nej Ja
 No Si

MERUTGIFTER GASTOS EXTRAORDINARIOS

Har du på grund av ditt handikapp merutgifter i din dagliga livsföring. Redogör för merutgifterna och ange deras storlek.
 (Kan gälla tex extra slitage av kläder och speciell mat)
 ¿Tiene gastos extraordinarios en su vida diaria debido a su invalidez? Especifique esos gastos e indique su cuantía.
 (Se pueden referir, p. ej., al desgaste de la ropa, comida especial, etc.)

Har du på grund av ditt handikapp merutgifter för färdmedel eller andra hjälpmedel för att kunna utföra förvärsarbete eller studier.
 Redogör för dessa och ange merutgifternas storlek
 ¿Tiene gastos extraordinarios debidos a su invalidez para medios de transporte u otros medios auxiliares a fin de poder realizar un trabajo remunerado o estudiar? Especifique esos gastos e indique su cuantía.

Får sökanden pension från annat land än Sverige? ¿Percibe el solicitante pensión de otro país que no sea Suecia?	Nej No	Ja Si	Månadsbelopp - cantidad mensual
Uppbär sökanden sjukpenning/socialbidrag/arbetslöshetsersättning? ¿Percibe el solicitante subsidio por enfermedad/asistencia social/desempleo?	Nej No	Ja Si	Månadsbelopp - cantidad mensual
Hur försörjer sig sökanden nu? ¿Actualmente con que medios se sustenta el solicitante?			

SÄRSKILDA UPPLYSNINGAR
OTRAS INFORMACIONES

UTBETALNINGSSÄTT
FORMA DE PAGO

Jag vill ha pensionen i svenska kronor Deseo que la pensión sea pagada en coronas suecas	Nej No	Ja Si	
Jag vill ha pensionen utbetald till nedan nämnda adress Deseo que la pensión sea pagada a la dirección indicada abajo			
Jag vill att pensionen sätts in på nedan nämnt bankkonto Deseo que la pensión sea depositada en la cuenta bancaria indicada abajo			
Kontonummer Número de la cuenta	Bankens namn Nombre del banco		
Bankens fullständiga adress Dirección completa del banco			
Bankens telefonnummer Número de teléfono del banco	Bankens telefaxnummer Número de telefax número del banco	Bankens SWIFT-kod Código SWIFT del banco	

ANNAN BETALNINGSMOTTAGARE ÄN SÖKANDEN
OTRO DESTINATARIO DEL PAGO QUE NO SEA EL SOLICITANTE

Namn Nombre	Svenskt personnummer (år, månad, dag och fyra siffror) Número personal sueco (año, mes, día y, 4 cifras)
Utdelningsadress, postnummer och postort Dirección (calle, número, código postal) localidad, provincia, país:	Telefonnummer (även riktnummer) Núm. de teléfono, también el prefijo)

UNDERSKRIFT
FIRMA

Jag försäkrar att de uppgifter jag lämnat är fullständiga och sanningsenliga
Aseguro que los datos presentados son completos y se ajustan a la verdad

(Datum) (Fecha)	(Namnteckning) (Firma)	Telefonnummer (även riktnummer) Núm. de teléfono con el indicativo
--------------------	---------------------------	---