

SEGURIDAD SOCIAL	CONVENIO DE SEGURIDAD SOCIAL ENTRE FRANCIA Y CHILE	FORMULARIO SE 417 – 01
------------------	---	---------------------------

CERTIFICADO DE NORMATIVA APLICABLE

(Artículos 7 N° 1, 7 N° 2 y 11 del Convenio – Artículo 4, del Acuerdo Administrativo)

- () Desplazamiento inicial (Artículo 7 N° 1 del Convenio y Artículo 4 del Acuerdo Administrativo)
- () Prórroga del desplazamiento inicial (Artículo 7 N° 2 del Convenio y Artículo 4 del Acuerdo Administrativo).
- () Derogación excepcional (Artículo 11 del Convenio).

Expediente N°(1)

- (1) Este número de inscripción o de identificación deberán citarse en toda correspondencia que el trabajador desplazado dirija al Organismo de afiliación.

1. ANTECEDENTES DEL TRABAJADOR

- 1.1. Apellidos de soltero (a)
- 1.2. Nombres.....
 - . Nombre del padre Nombre de la madre
- 1.3. Sexo: [] Masculino [] Femenino Nacionalidad :
- 1.4. [] Soltero /a [] Casado /a [] Viudo /a [] Divorciado /a [] Separado /a
- 1.5. Fecha de nacimiento Lugar de nacimiento
(Ciudad – País)
- 1.6. Dirección exacta del
trabajador.....
 - en el país de afiliación :
 - en el país donde está desplazado:
.....
- 1.7. Profesión
- 1.8. Número de inscripción en Francia
- 1.9. Cédula Nacional de Identidad o R.U.T. en Chile

2. ANTECEDENTES CONCERNIENTES A BENEFICIARIOS O ACOMPAÑANTES

N°	Nombre	Apellido	Fecha de Nacimiento	Grado De Parentesco	Observaciones
2.1.					
2.2					
2.3					
2.4					

3. ANTECEDENTES CONCERNIENTES AL EMPLEADOR (En Chile)

3.1. Nombre o Razón Social
3,2, Dirección
3.3. Número de Registro o N° de R.U.T en Chile.....

4. EL EMPLEADOR DESIGNADO ARRIBA SOLICITA QUE:

Sr. o Sra.
.....

Sea desplazado por un período de

Desde (día – mes – año)

Hasta (día – mes – año)

EN EL ESTABLECIMIENTO SIGUIENTE (en Francia):

Nombre o Razón Social
Dirección :

5. LA INSTITUCION DE AFILIACION O EL ORGANISMO DE ENLACE CUYO NOMBRE SE INDICA A CONTINUACION

Nombre : **SUPERINTENDENCIA DE PENSIONES**

Dirección: Avda. Libertador Bernardo O’Higgins 1449 –Torre 2-Local 8
Santiago - Chile

Certifica por el presente que:
el Sr. o Sra.

- Queda sometido a la legislación de Seguridad Social
 (x) chilena
 () francesa

desde hasta

en el marco de:
() desplazamiento inicial () prórroga del desplazamiento* () derogación excepcional*.

* referencias del consentimiento otorgado por las autoridades chilenas / francesas¹

- Tiene derecho para si y para cada uno de los miembros de familia que deriven sus derechos de éste y lo acompañan, a las prestaciones de los seguros de enfermedad y maternidad del país desde el cual se desplazó mientras dure el período de su desplazamiento.

En a

Firma del Representante del Organismo
(nombre y timbre)

¹Tachar lo que no corresponda.

INSTRUCCIONES

El formulario deberá completarse con letra de imprenta, utilizando sólo las líneas punteadas.

INSTRUCCIONES PARA EL TRABAJADOR DESPLAZADO

A. Duración del desplazamiento inicial.

Hasta dos años (artículo 7 N° 1 del Convenio) y Art. 4, N° 1 del Acuerdo Administrativo.

B. Duración de la prórroga

Dos años como máximo (Artículo 7 N° 2 del Convenio) y Art. 4, N° 2 del Acuerdo Administrativo.

Si, por motivos imprevisibles, la duración de los servicios que el trabajador debe prestar excediere la duración de la comisión de servicio inicial, se podrá seguir aplicando la legislación del país en el que el trabajador ejerce su actividad laboral habitual, siempre que las autoridades competentes de los dos Estados o las Instituciones designadas para esos efectos por dichas autoridades hubieren otorgado su consentimiento. El empleador deberá remitir la solicitud de prórroga antes de la expiración del período inicial de desplazamiento.

-en lo que respecta a la solicitud de mantención del régimen francés: al Director del Centro de Seguridad Social de Trabajadores Migrantes (11, Rue de la Tour des Dames – 75436 Paris Cedex 09);

-en lo que respecta a la solicitud de mantención del régimen chileno: a la institución que hubiere otorgado el certificado de desplazamiento inicial.

C. Derogación excepcional Artículo 11 del Convenio y artículo 4, párrafo 3 del Acuerdo Administrativo.

El empleador deberá remitir la solicitud de derogación excepcional contemplada en el Artículo 11 del Convenio.

-en lo que respecta a la solicitud de mantención del régimen francés: al Director del Centro de Seguridad Social de Trabajadores Migrantes (11, Rue de la Tour des Dames – 75436 Paris Cedex 09).

-en lo que respecta a la solicitud de mantención del régimen chileno: al Organismo de Enlace que entregan el primer certificado.

D. Derecho a prestaciones

Seguro de Salud y Maternidad

Las prestaciones de los seguros de salud y maternidad al trabajador desplazado y a los miembros de su familia, serán otorgadas por su caja de afiliación.

Seguro contra Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales

En caso de accidente del trabajo de un trabajador que se mantenga en el régimen francés, la víctima o su representante deberá informar al empleador por carta certificada (art. R 444-1 y siguientes del Código de Seguridad Social).

Las prestaciones del seguro contra accidentes del trabajo y enfermedades profesionales al trabajador serán otorgadas por la caja de afiliación.

E. Cambio en la situación del trabajador desplazado.

En caso de que el trabajador regresare al país en el que ejerce su actividad laboral habitual antes de vencer el plazo de su comisión de servicio, se deberá notificar de inmediato dicho regreso a la caja de afiliación, sea directamente o por intermedio del empleador.