

|                  |                                                       |                             |
|------------------|-------------------------------------------------------|-----------------------------|
| SEGURIDAD SOCIAL | CONVENIO DE SEGURIDAD SOCIAL<br>ENTRE FRANCIA Y CHILE | FORMULARIO<br>SE 417 – 05 F |
|------------------|-------------------------------------------------------|-----------------------------|

**SOLICITUD DE PENSION DE SOBREVIVENCIA**  
(Artículo 15 y 16 del Convenio – Artículo 5, 6 y 7 del  
Acuerdo Administrativo)

N° de Expediente  
En Francia .....

**1. INSTITUCIÓN DESTINATARIA**

|                       |
|-----------------------|
| 1.1.Nombre : .....    |
| 1.2. Dirección: ..... |

**2. ANTECEDENTES DEL ASEGURADO**

|                                                                                                                                                                                           |                                         |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|
| 2.1. Apellidos de soltero (a) .....                                                                                                                                                       | Nombres.....                            |
| 2.2. Nombre del padre .....                                                                                                                                                               | Nombre de la madre .....                |
| Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino                                                                                                                | Nacionalidad : .....<br>(Ciudad – País) |
| 2.3. <input type="checkbox"/> Soltero /a <input type="checkbox"/> Casado /a <input type="checkbox"/> Viudo /a <input type="checkbox"/> Divorciado /a <input type="checkbox"/> Separado /a |                                         |
| 2.4. Fecha de nacimiento .....                                                                                                                                                            | Lugar de nacimiento .....               |
| 2.5. Dirección.....                                                                                                                                                                       |                                         |
| 2.6. Número de inscripción en Francia .....                                                                                                                                               |                                         |

### 3. A LA FECHA DE SU FALLECIMIENTO, EL ASEGURADO

3.1. ☐ ejercía ☐ ya no ejercía una actividad profesional

3.2 ☐ era ☐ no era titular de una pensión.

Tipo de pensión .....

Número de pensión .....

Institución deudora.....

### 4. ANTECEDENTES DE LOS CAUSAHABIENTES ☐ Viudo ☐ Viuda ☐ Otros

4.1. Apellidos de soltero (a) .....Nombres.....

4.2. Nombre del padre ..... Nombre de la madre .....

4.3 Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino Nacionalidad : .....  
(Ciudad – País)

4.4. ☐ Soltero /a ☐ Casado /a ☐ Viudo /a ☐ Divorciado /a ☐ Separado /a

4.5 . Fecha de nacimiento ..... Lugar de nacimiento .....

4.6. Fecha de matrimonio con el asegurado fallecido .....

4.7 ¿Nació algún hijo del matrimonio ☐ SI ☐ NO

4.8. Si correspondiere, fecha ☐ de la separación de cuerpo ☐ de divorcio:.....

4.9 Nombre completo del nuevo cónyuge .....

4.10. Dirección.....

#### 4. LA PERSONA INDIVIDUALIZADA EN EL CUADRO 4

5.1. ☐ ejerce ☐ no ejerce una actividad remunerada

5.2. ☐ ejerce ☐ no ejerce una actividad no remunerada

5.3. ☐ era ☐ no era carga del asegurado fallecido

5.4. ☐ es ☐ no es beneficiario de una pensión Tipo de pensión .....

Número de pensión .....

Organismo deudor .....

5.5. Recursos de la viuda o del viudo Tipo ..... Monto .....

#### 6. HIJOS ESTADO CIVIL

| Apellido | Nombres | Fecha de Nacimiento | Fecha de Defunción | Carga                                                   |
|----------|---------|---------------------|--------------------|---------------------------------------------------------|
| .....    | .....   | .....               | .....              | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| .....    | .....   | .....               | .....              | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| .....    | .....   | .....               | .....              | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| .....    | .....   | .....               | .....              | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| .....    | .....   | .....               | .....              | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |

Otros niños criados por Ud. (hijos de cónyuges, niños acogidos, adoptados, etc.)

| Apellido | Nombres | Fecha de Nacimiento | Fecha de Defunción | Carga                                                   |
|----------|---------|---------------------|--------------------|---------------------------------------------------------|
| .....    | .....   | .....               | .....              | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| .....    | .....   | .....               | .....              | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| .....    | .....   | .....               | .....              | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |

**4. ANTECEDENTES SOBRE LOS PERIODOS DE SERVICIO COMPLETADOS EN EL OTRO PAIS**

| Nombre del empleador<br>o tipo de actividad | Lugar de ejercicio de la<br>actividad | Período de Servicio |        | Profesión |
|---------------------------------------------|---------------------------------------|---------------------|--------|-----------|
|                                             |                                       | (Desde              | Hasta) |           |
|                                             |                                       |                     |        |           |
|                                             |                                       |                     |        |           |
|                                             |                                       |                     |        |           |
|                                             |                                       |                     |        |           |
|                                             |                                       |                     |        |           |
|                                             |                                       |                     |        |           |
|                                             |                                       |                     |        |           |
|                                             |                                       |                     |        |           |
|                                             |                                       |                     |        |           |

**7. OTROS ANTECEDENTES**

7.1. Fecha de presentación de la solicitud: .....

7.2. ☐ El interesado adquiere derecho a pensión en el Estado de la

7.3. institución de tramitación:

- fecha de inicio de la pensión .....

- monto de la pensión .....

7.4 ☐ El interesado no adquiere derecho a pensión en el Estado de la institución de tramitación.

7.5. Observaciones .....

## 8. INSTITUCION DE TRAMITACION

|                       |                    |
|-----------------------|--------------------|
| 8.1 Nombre: .....     |                    |
| 8.2. Dirección: ..... |                    |
| 8.3. Timbre           | 8.4. Fecha : ..... |
| 8.5. Firma .....      |                    |

### Instrucciones

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

Este formulario deberá ser extendido por la institución del lugar de residencia del solicitante. Si el interesado hubiere estado sujeto a la legislación del Estado de residencia, se deberá adjuntar a esta solicitud el formulario SE 417-02 "Certificado sobre el Períodos de Seguro Completados". Asimismo, se deberá acompañar cualquier documento relativo a los períodos de seguro completados por el solicitante en el otro Estado.