

Convenio de Seguridad Social, entre la República Argentina
y la República de Chile

Formulario de Solicitud

Fecha de
Solicitud

Numero de Expendiente	
Uruguay	
Chile	
Argentina	
Brasil	

	Pensión por Vejez/ Jubilación Ordinaria
	Pensión por Edad Avanzada
	Prestación/Jubilación por Invalidez
	Incapacidad Temporal/ Temporal
	Pensión de Muerte/Sobrevivencia/Fallecimiento/Derecho habiente
	Períodos Contributivos/Reconocimiento de Servicios/Estados de Cuenta
	Pensión de Vejez Anticipada

1- Organismo de Enlace Destinatario

Tildar / marcar	País	Nombre del Organismo
	Argentina	ANSES
	Brasil	INSS
	Chile	SPENSIONES
	Uruguay	BPS

2 -Datos Relativos al Asegurado

Apellido Paterno		Apellido Materno		Nombres	
Nombre del Padre			Nombre de la Madre		
Localidad Lugar de Nacimiento		Estado/Provincia/Departamento		País	
Fecha / /			Sexo M ☐ F ☐		
Nacionalidad					
Estado Civil **	Soltero ☐	Casado ☐	Viudo ☐	Divorciado ☐	Separado de Hecho ☐
Tipo de Certificado:	Tomo:	Libro:	Folio:	Fecha de Expedición	N° de Docum.:
Tipo de Documento	Fecha de Expedición	Número	País de Expedición	Apellido y Nombre Completo como figura en el Docum.	
			Argentina *		
			Argentina		
			Chile **		
			Uruguay		
N° de Afiliación o Seguro /		Uruguay:		Chile:	
		Argentina:		Brasil:	
Fecha de llegada al país de ocupación / /					
Dirección:					
Calle	N°	Piso / Depto.:	Localidad / Comuna		
CP	Providencia / Estado / Dpto. / Ciudad			País:	
N° de Teléfono			Correo Electrónico / E-mail:		

*Para Argentina completar CUIL / CUIT, asimismo para quienes hayan trabajado en Argentina antes de Junio de 1994 informar además cédula de identidad.

** Para Chile completar RUT

3 - Completar en Caso de pensión por Fallecimiento de un Asegurado

Fecha de Fallecimiento / /				Lugar de Fallecimiento (Ciudad y País)	
N° Certificado de Defunción	Tomo:	Libro:	Folio:	Fecha de Expedición:	
Causa del Fallecimiento					
Enfermedad Común		Accidente del Trabajo		Enfermedad Profesional	
				Accidente no Laboral	
Era titular de una Prestación o Beneficio					
Había Solicitado una Prestación o Beneficio					
Tipo de Prestación o Beneficio					
Entidad Otorgante					
País:					
N° de Identificación de la Prestación o Solicitud					
Fecha de Cobro Inicial					
Última Cuantía Mensual (Monto y Fecha)					

4 - Datos Relativos al Solicitante en Caso de Supervivencia- Pensión derecho habiente

Tipo de Documento	Fecha de Expedición	Número	País de Expedición	Apellido y Nombre Completo como figura en el Docum.	
			Argentina *		
			Uruguay		
			Chile **		
			Brasil		
Apellido Paterno		Apellido Materno		Nombres	
Nombre del Padre			Nombre de la Madre		
Localidad		Estado/Provincia/Departamento		País	
Lugar de Nacimiento					
Fecha / /			Sexo	M ☐	F ☐
Nacionalidad					
Estado Civil **	Soltero ☐	Casado ☐	Viudo ☐	Divorciado ☐	Separado de Hecho ☐
Tipo de Certificado:	Tomo:	Libro:	Folio:	Fecha de Expedición	N° de Docum.:
N° Afiliación o Seguro		Argentina		Chile	
Relación con el Asegurado					
Fecha de Matrimonio / /		Estado/Provincia/Departamento		País	
Fecha de llegada al país de ocupación / /					
Dirección:					
Calle	N°	Piso / Depto.:		Localidad / Comuna	
CP	Provincia / Estado / Dpto. / Ciudad			País:	
N° de Teléfono			Correo Electrónico / E-mail:		

*En caso de Cédula de Identidad indicar Provincia Emisora

** Para Chile completar RUT

5- Datos Relativos al Apoderado o Representante Legal para Tramitar (si corresponde)

Apellido Paterno		Apellido Materno		Nombres	
Dirección					
Calle		N°	Piso/Depto.	Localidad/Comuna	
CP/CERP		Provincia/Estado/Departamento/Ciudad			País
N° de Teléfono					
Correo Electrónico / E-mail:					
Tipo de Documento	Fecha de Expedición	Número	País de Expedición	Apellido y Nombre Completo como figura en el Docum.	
			Argentina*		
			Brasil		
			Chile **		
			Uruguay		

*En caso de Cédula de Identidad indicar Provincia Emisora

** Para Chile completar RUT

6- Declaración de Actividades

Empresa	N° de Afiliación Inscripción	Dirección	País	Actividad	Períodos		Entidad Gestora Previsional
					Desde	Hasta	
					__/__/__	__/__/__	
					__/__/__	__/__/__	
					__/__/__	__/__/__	
					__/__/__	__/__/__	
					__/__/__	__/__/__	
					__/__/__	__/__/__	
					__/__/__	__/__/__	
					__/__/__	__/__/__	
					__/__/__	__/__/__	

*** En el caso de Chile indicar AFP o IPS (ex – Cajas)

7- Datos relativos a una prestación por invalidez (se debe llenar formulario de invalidez)

8- Datos Relativos los Familiares y Asimilados del Asegurado

Apellidos	Nombres	Fecha y Lug. De Nacim.	Doc.: Tipo y N° País Emis.	Depende Económ.	Paren tesco	Incapaci tado	Convivenc. c/ el Aseg*	Escolaridad
		__/__/__						
		__/__/__						
		__/__/__						
		__/__/__						
		__/__/__						
		__/__/__						
		__/__/__						
		__/__/__						

- En caso negativo indicar país de residencia

Fecha ____/____/____

Firma del Solicitante

Firma y Sello del Funcionario Operativo

Autorizo la transmisión electrónica de los datos informados en este formulario, para la tramitación de prestaciones invocadas conforme al convenio de Seguridad Social entre Chile y Argentina.

Firma del Solicitante

9- Información para el pago del Beneficio en el Extranjero

Titular de la Cuenta:	
Nombre del Banco:	
Dirección del Banco:	
Número de Cuenta:	Ciudad-País
Código Switt:	

10- Organismo de Enlace Remitente

Denominación	
Dirección	
Nº de Teléfono	Correo Electrónico/ E-mail:

Fecha ____/____/____

Firma Organismo de Enlace