

**CONVENIO DE SEGURIDAD SOCIAL  
ENTRE LA REPUBLICA DE CHILE Y  
LA REPUBLICA DEL PARAGUAY**

**FORMULARIO DE COMUNICACION**

D D M M A A  
       
 FECHA DE LA SOLICITUD

**1. INFORMACION DEL TRABAJADOR O PENSIONADO**

<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> CEDULA DE IDENTIDAD DEL PARAGUAY	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> CEDULA NACIONAL DE IDENTIDAD O R.U.T. EN CHILE	
<p align="center">D D M M A A</p> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> FECHA DE NACIMIENTO		
_____ APELLIDO PATERNO	_____ APELLIDO MATERNO	_____ NOMBRES

**2. INFORMACION RELATIVA AL PROCESO**

SOLICITA	REMITE :
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> FORMULARIO PA/CHI 1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> FORMULARIO PA/CHI 2
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> FORMULARIO PA/CHI 3
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> FORMULARIO PA/CHI 4
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ANEXO DE PRORROGA AL FORMULARIO DE DESPLAZAMIENTO O TRASLADO (PA/CHI 6)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> INFORME MEDICO DETALLADO (PA/CHI 7)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ANTECEDENTES MEDICOS
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> COPIA DE RESOLUCION
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> OTROS

**2. INFORMACION RELATIVA AL PROCESO**

COMUNICA :

<input type="checkbox"/> SE CAMBIO DE DOMICILIO	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	FECHA
<input type="checkbox"/> CELEBRACION DE MATRIMONIO	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	FECHA
<input type="checkbox"/> DIVORCIO	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	FECHA
<input type="checkbox"/> FALLECIMIENTO	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	FECHA

**3. OBSERVACIONES**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA DEL FUNCIONARIO  
DEL ORGANISMO DE ENLACE

\_\_\_\_\_  
FECHA Y LUGAR