

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

**SOLICITUD DE PENSION Y/O BENEFICIOS DE SOBREVIVENCIA  
Y/O PENSION DERECHO HABIENTE**

\_\_\_\_\_

LUGAR

D D M M A A  
\_\_\_\_\_  
FECHA DE LA SOLICITUD

**1. INFORMACION RELATIVA AL CAUSANTE**

<p>_____ CEDULA DE IDENTIDAD EN PARAGUAY</p> <p>FECHA FALLECIMIENTO    D D M M A A _____</p>	<p>_____ CEDULA NACIONAL DE IDENTIDAD o R.U.T. EN CHILE</p> <p>FECHA DE MATRIMONIO    D D M M A A _____</p> <p>Nº DE RESOLUCION-MATRIMONIO APARENTE: _____</p> <p>FECHA DE RESOLUCION:    D D M M A A _____</p>	
<p>_____</p> <p>APELLIDO PATERNO                      APELLIDO MATERNO                      NOMBRES</p>		
<p>_____</p> <p>NOMBRE COMPLETO PADRE                      NOMBRE COMPLETO MADRE</p>		
<p>D D M M A A _____ FECHA DE NACIMIENTO</p>	<p>_____ LUGAR NACIMIENTO</p>	<p>_____ NACIONALIDAD</p>
<p><b>ESTADO CIVIL :</b></p> <p><input type="checkbox"/> CASADO      <input type="checkbox"/> SOLTERO      <input type="checkbox"/> VIUDO      <input type="checkbox"/> DIVORCIADO      <input type="checkbox"/> CONCUBINATO</p>		
<p><b>SEXO :</b></p> <p><input type="checkbox"/> MASCULINO                      <input type="checkbox"/> FEMENINO</p>		
<p>_____</p> <p>DIRECCION COMPLETA (Calle, Número, Ciudad, Barrio, País, Código Postal)</p>		

2. ANTECEDENTES DEL VIUDO (1) - VIUDA / CONVIVIENTE

<input type="checkbox"/> MUJER	<input type="checkbox"/> HOMBRE	INVALIDO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
--------------------------------	---------------------------------	----------	-----------------------------	-----------------------------

APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRES	
D	D	M	M	A	A
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
FECHA DE NACIMIENTO		FECHA DE MATRIMONIO O CONCUBINATO			
<input type="text"/> - <input type="text"/>			<input type="text"/>		
CEDULA NACIONAL DE IDENTIDAD O R.U.T. EN CHILE			CEDULA DE IDENTIDAD EN PARAGUAY		
DIRECCION COMPLETA					
(Calle, Número, Ciudad, Barrio, País, Código Postal, E-mail, Teléfono)					

(1) SI EL FALLECIMIENTO DE LA CAUSANTE OCURRIÓ CON ANTERIORIDAD AL 01/10/2008, PARA TENER DERECHO A PENSIÓN DE SOBREVIVENCIA, EL CÓNNYUGE VARÓN REQUIERE ACREDITAR CONDICIÓN DE INVALIDO.

3. ANTECEDENTES DE LOS HIJOS (1) (2) (3) (LLENAR UNA PAGINA POR CADA BENEFICIARIO)

APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRES	
<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		CEDULA DE IDENTIDAD EN PARAGUAY			
D D M M A A		INVALIDO (3)		ACTIVIDAD QUE REALIZA	
FECHA DE NACIMIENTO		<input type="checkbox"/> SI		<input type="checkbox"/> ESTUDIANTE	
SEXO:		<input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> OTROS	
<input type="checkbox"/> HOMBRE					
<input type="checkbox"/> MUJER					
DIRECCION COMPLETA					
(Calle, Número, Ciudad, Barrio, País, Código Postal, E-mail, Teléfono)					

(1) DE ACUERDO A LA LEGISLACION CHILENA PARA QUE LOS HIJOS SEAN BENEFICIARIOS DE PENSION DE ORFANDAD, DEBEN SER MENORES DE 18 AÑOS O MAYORES DE 18 AÑOS Y MENORES DE 24 O 25 AÑOS, (DEPENDIENDO DEL RÉGIMEN PREVISIONAL) EN CUYO CASO DEBEN ACREDITAR LA CALIDAD DE ESTUDIANTE. TIENEN DERECHO TAMBIEN LOS HIJOS INVALIDOS DE CUALQUIER EDAD. ADEMAS DE ESOS REQUISITOS EN EL SISTEMA DE CAPITALIZACIÓN INDIVIDUAL, LOS HIJOS DEBEN SER SOLTEROS. A FALTA DE BENEFICIARIOS DIRECTOS, PODRÁN TENER DERECHO LOS PADRES DEL CAUSANTE CONFORME A LOS REQUISITOS DE CADA REGIMEN

(2) EN EL SISTEMA DE REPARTO CHILENO LOS PADRES DEL CAUSANTE PUEDEN RECIBIR PENSIÓN.

(3) EN CASO DE SER HIJO INVALIDO DEBERA SOLICITAR CONJUNTAMENTE LA CALIFICACION DE INVALIDEZ DE ACUERDO A LA LEGISLACION CHILENA O PARAGUAYA.

PARA LO CUAL DEBE REMITIR LOS ANTECEDENTES MEDICOS.

- (4) DE ACUERDO A LA LEGISLACIÓN DE PARAGUAY, SERÁN BENEFICIARIOS LOS HIJOS MENORES HASTA SU MAYORIDAD Y MAYORES INCAPACITADOS, A FALTA DE ESTOS LOS PADRES, SIEMPRE QUE HAYAN VIVIDO BAJO SU PROTECCIÓN.  
LA MAYORIDAD CORRESPONDERÁ A LA ESTABLECIDA EN LA LEGISLACIÓN DE PARAGUAY.

PA/CHI 2

#### 4. ANTECEDENTES DEL REPRESENTANTE LEGAL (1)

_____	_____	_____
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
CEDULA NACIONAL DE IDENTIDAD o R.U.T. EN CHILE	CEDULA DE IDENTIDAD EN PARAGUAY	
OBSERVACIONES: _____		
_____		
DIRECCION COMPLETA (Calle, Número, Ciudad, Barrio, País, Código Postal, E-mail, Teléfono)		

(1) EN ESTE CASO INDICAR EL TITULO DE REPRESENTACIÓN DEL MENOR.

#### 5. OTROS BENEFICIARIOS (LLENAR UNA PAGINA POR CADA BENEFICIARIO.)

RELACION CON EL CAUSANTE :	<input type="checkbox"/> MADRE	<input type="checkbox"/> PADRE	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> MADRE O PADRE DE HIJO DE FILIACION NO MATRIMONIAL	<input type="checkbox"/> CONCUBINA/O	
ESTADO CIVIL, MADRE O PADRE DE HIJO DE FILIACIÓN NO MATRIMONIAL:			
	<input type="checkbox"/> SOLTERA/O	<input type="checkbox"/> VIUDA/O	<input type="checkbox"/> CASADA/O
_____	_____	_____	
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
CEDULA NACIONAL DE IDENTIDAD o R.U.T. EN CHILE	CEDULA DE IDENTIDAD EN PARAGUAY		
D D M M A A			
<input type="text"/>			
FECHA DE NACIMIENTO			
_____			
DIRECCION COMPLETA (Calle, Número, Ciudad, Barrio País, Código Postal, E-mail, Teléfono)			

#### EN CHILE:

LA MADRE O EL PADRE DE HIJOS DE FILIACION NO MATRIMONIAL DEL CAUSANTE PARA TENER DERECHO A PENSION, A LA FECHA DE FALLECIMIENTO, DEBE SER SOLTERA/O O VIUDA/O Y HABER VIVIDO A EXPENSAS DEL TRABAJADOR. EN EL CASO DE LAS EX CAJAS DE PREVISION, ESTE DERECHO LO TIENE SOLO LA MADRE.

LOS PADRES DEL TRABAJADOR SOLO TENDRAN DERECHO A PENSION SI NO EXISTE OTRO TIPO DE BENEFICIARIO CONFORME AL RESPECTIVO REGIMEN PREVISIONAL

#### EN PARAGUAY:

LOS BENEFICIARIOS SON LA CÓNNYUGE SUPERSTITE.

**6. ACTIVIDAD LABORAL DEL CAUSANTE EN CHILE**

NOMBRE DEL EMPLEADOR	PERÍODOS DESDE / HASTA								ACTIVIDAD DEL TRABAJADOR	REGIMEN PREVISIONAL (1) (2)
	M	M	A	A	M	M	A	A		

(1) EN CASO DE TENER AFILIACIÓN EN ALGUNA DE LAS ANTIGUAS EX CAJAS DE PREVISION, INDICAR EN CUAL DE ELLAS.

(2) EN CASO DE ESTAR AFILIADO A UNA AFP, INDICAR CUAL DE ELLAS.

**7. ACTIVIDAD LABORAL DEL CAUSANTE EN PARAGUAY**

RAZON SOCIAL FIRMA PATRONAL	N° PATRONAL / DIRECCION	CIUDAD / DPTO.	PERIODOS							
			DESDE /				HASTA			
			M	M	A	A	M	M	A	A

**8. INFORMACION PARA EL PAGO DEL BENEFICIO**

Nombre del Banco: \_\_\_\_\_

Dirección del Banco: \_\_\_\_\_ Ciudad - País

Número de Cuenta: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL SOLICITANTE

**(USO EXCLUSIVO DE LA INSTITUCION COMPETENTE Y ORGANISMO DE ENLACE)**

**LOS DATOS PERSONALES CONSIGNADOS EN ESTE FORMULARIO CONSTAN EN DOCUMENTOS TENIDOS A LA VISTA**

\_\_\_\_\_  
NOMBRE, CARGO Y  
FIRMA DEL FUNCIONARIO RESPONSABLE  
DE LA INSTITUCION COMPETENTE

FECHA 

D	D	M	M	A	A

\_\_\_\_\_  
NOMBRE, CARGO Y  
FIRMA DEL FUNCIONARIO RESPONSABLE  
DEL ORGANISMO DE ENLACE

FECHA 

D	D	M	M	A	A