

**CONVENIO DE SEGURIDAD SOCIAL
ENTRE LA REPUBLICA DE CHILE
Y EL REINO DE NORUEGA**

**SOCIAL SECURITY AGREEMENT BETWEEN
THE REPUBLIC OF CHILE AND NORWAY**

SOLICITUD DE PENSION DE SOBREVIVENCIA / SURVIVAL PENSION REQUEST

DE: / DE :

A: / PARA :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

NUMERO DE SEGURIDAD SOCIAL NORUEGO
NORWAY SOCIAL SECURITY NUMBER

D	D	M	M	A	A	D	D	M	M	Y	Y

FECHA DE LA SOLICITUD / DATE OF REQUEST

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

CEDULA NACIONAL DE IDENTIDAD O R.U.T. EN CHILE
NATIONAL PERSONAL IDENTIFICATION DOCUMENT OR
R.U.T. IN CHILE

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

No. DE INSCRIPCION EN SERVICIO SEGURO SOCIAL EN CHILE
REGISTRATION NUMBER FOR THE SOCIAL INSURANCE
SERVICE IN CHILE

FECHA DE FALLECIMIENTO / DATE OF DEATH

D	D	M	A	A	D	D	M	Y	Y

1. INFORMACION RELATIVA AL TRABAJADOR / DATA ON THE WORKER

APELLIDO PATERNO FATHER'S SURNAME		APELLIDO MATERNO MOTHER'S MAIDEN SURNAME		NOMBRES NAMES	
NOMBRE COMPLETO DEL PADRE FATHER'S FULL NAME			NOMBRE COMPLETO DE LA MADRE MOTHER'S FULL NAME		
FECHA DE NACIMIENTO / DATE OF BIRTH				NACIONALIDAD / NATIONALITY	
D	D	M	M	A	A
D	D	M	M	Y	Y
LUGAR DE NACIMIENTO / PLACE OF BIRTH					
ESTADO CIVIL / MARITAL STATUS					
<input type="checkbox"/> CASADO / MARRIED		<input type="checkbox"/> SOLTERO / SINGLE		<input type="checkbox"/> VIUDO / WIDOW(ER)	
<input type="checkbox"/> DIVORCIADO / DIVERVCED					
FECHA DE MATRIMONIO / DATE OF MARRIAGE					
D	D	M	A	A	
D	D	M	Y	Y	
SEXO / GENDER		<input type="checkbox"/> MASCULINO / MALE		<input type="checkbox"/> FEMENINO / FEMALE	
DIRECCION / ADDRESS					
(Calle, Número, Código Postal, Ciudad, Comuna, País) (Street, Number, P.O. Box, City, District, Country)					

**2. ANTECEDENTES DE QUIEN SUSCRIBE LA SOLICITUD
DATA ON THE PARTY SIGNING THE REQUEST**

_____ APELLIDO PATERNO FATHER'S SURNAME	_____ APELLIDO MATERNO MOTHER'S MAIDEN NAME	_____ NOMBRES NAMES
<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"/> <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"/> <input type="text"/>
CEDULA NACIONAL DE IDENTIDAD O R.U.T. EN CHILE NATIONAL PERSONAL IDENTIFICATION DOCUMENT OR R.U.T. IN CHILE		NUMERO DE SEGURIDAD SOCIAL NORUEGO NORWAY SOCIAL SECURITY NUMBER
OBSERVACIONES / OBSERVATIONS _____		
_____ DIRECCION / ADDRESS (Calle, Número, Código Postal, Ciudad, Comuna, País) (Street, Number, P.O. Box, City, District, Country)		

3. ANTECEDENTES DEL VIUDO O VIUDA / DATA ON THE WIDOWER OR WIDOW

<input type="checkbox"/> MUJER / WOMAN	<input type="checkbox"/> HOMBRE / MAN (1)	INVALIDO / DISABLED	<input type="checkbox"/> SI / YES	<input type="checkbox"/> NO / NO
--	---	---------------------	-----------------------------------	----------------------------------

_____ APELLIDO PATERNO FATHER'S SURNAME	_____ APELLIDO MATERNO MOTHER'S MAIDEN SURNAME	_____ NOMBRES NAMES
_____ NOMBRE COMPLETO DEL PADRE FATHER'S FULL NAME	_____ NOMBRE COMPLETO DE LA MADRE MOTHER'S FULL NAME	
FECHA DE NACIMIENTO / DATE OF BIRTH		
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
D D M M A A D D M M Y Y		
<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"/> <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"/> <input type="text"/>
CEDULA NACIONAL DE IDENTIDAD O R.U.T. EN CHILE NATIONAL PERSONAL IDENTIFICATION DOCUMENT OR R.U.T. IN CHILE		NUMERO DE SEGURIDAD SOCIAL NORUEGO NORWAY SOCIAL SECURITY NUMBER
_____ DIRECCION / ADDRESS (Calle, Número, Código Postal, Ciudad, Comuna, País) (Street, Number, P.O. Box, City, District, Country)		

(1) DICTAMEN DE INVALIDEZ CORRESPONDIENTE. PARA EFECTO DE LO ANTERIOR, DEBE REMITIR LOS ANTECEDENTES MEDICOS. EN CHILE SOLO TIENE DERECHO A PENSION DE SOBREVIVENCIA EL CONYUGE VARON CUANDO ES INVALIDO, CALIDAD QUE DEBE SER ACREDITADA CON EL DICTAMEN DE INVALIDEZ CORRESPONDIENTE. PARA EFECTO DE LO ANTERIOR, DEBE REMITIR LOS ANTECEDENTES MEDICOS.

(1) IN CHILE, ONLY THE MALE SPOUSE IS ENTITLED TO A SURVIVAL PENSION ONLY WHEN DISABLED. THE LATTER MUST BE PROVED THROUGH THE CORRESPONDING FIRST REPORT ON DISABILITY. TO THAT END, THE MEDICAL DATA MUST BE SUBMITTED.

4. ANTECEDENTES DE LOS HIJOS / DATA ON THE CHILDREN (1) (2)

(SOLO PARA PENSIONES DE SOBREVIVENCIA) (FOR SURVIVAL PENSIONS ONLY)

_____ APELLIDO PATERNO FATHER'S SURNAME	_____ APELLIDO MATERNO MOTHER'S MAIDEN NAME	_____ NOMBRES NAMES
[][][][][][][][][][] - [] CEDULA NACIONAL DE IDENTIDAD O R.U.T. EN CHILE NATIONAL PERSONAL IDENTIFICATION DOCUMENT OR R.U.T. IN CHILE	[][][][][][][][][][][][][][][][] NUMERO DE SEGURIDAD SOCIAL NORUEGA NORWAY SOCIAL SECURITY NUMBER	
FECHA DE NACIMIENTO / DATE OF BIRTH [][][][][][][][][][] D D M M A A D D M M Y Y	INVALIDO / DISABLED (3) <input type="checkbox"/> SI / YES <input type="checkbox"/> NO / NO	ACTIVIDAD QUE REALIZA / ACTIVITY <input type="checkbox"/> ESTUDIANTE / STUDENT <input type="checkbox"/> SERVICIO MILITAR / MILITARY SERVICE <input type="checkbox"/> OTROS / OTHERS
SEXO / GENDER <input type="checkbox"/> HOMBRE / MAN <input type="checkbox"/> MUJER / WOMAN		
_____ DIRECCION / ADDRESS (Calle, Número, Código Postal, Ciudad, Comuna, País) (Street, Number, P.O. Box, City, District, Country)		

ANTECEDENTES DEL REPRESENTANTE LEGAL / DATA ON THE LEGAL GUARDIAN (4)

(LLENAR EN CASO DE HIJOS MENORES DE EDAD) (FILL OUT IN THE CASE OF MINORS)

_____ APELLIDO PATERNO FATHER'S SURNAME	_____ APELLIDO MATERNO MOTHER'S MAIDEN NAME	_____ NOMBRES NAMES
[][][][][][][][][][] - [] CEDULA NACIONAL DE IDENTIDAD O R.U.T. EN CHILE NATIONAL PERSONAL IDENTIFICATION DOCUMENT OR R.U.T. IN CHILE	[][][][][][][][][][][][][][][][] NUMERO DE SEGURIDAD SOCIAL NORUEGA NORWAY SOCIAL SECURITY NUMBER	
OBSERVACIONES / OBSERVATIONS _____ _____		
_____ DIRECCION / ADDRESS (Calle, Número, Código Postal, Ciudad, Comuna, País) (Street, Number, P.O. Box, City, District, Country)		

(1) DE ACUERDO A LA LEGISLACION CHILENA PARA QUE LOS HIJOS SEAN BENEFICIARIOS DE PENSION DE SOBREVIVENCIA, DEBEN SER SOLTEROS, MENORES DE 18 AÑOS O MAYORES DE 18 AÑOS Y MENORES DE 25 AÑOS (DEPENDIENDO DEL REGIMEN PREVISIONAL), EN CUYO CASO DEBERA ACREDITAR LA CALIDAD DE ESTUDIANTE O INVALIDO CUALQUIERA SEA SU EDAD, PREVIA CALIFICACION DE LA RESPECTIVA INVALIDEZ.

(1) ACCORDING TO CHILEAN LEGISLATION, FOR THE CHILDREN TO BE BENEFICIARIES OF A SURVIVAL PENSION, THEY MUST BE SINGLE, UNDER 18 YEARS OLD AND UNDER 25 YEARS OLD (DEPENDING ON THE PENSION SYSTEM), IN WHICH CASE HE/OR SHE SHALL HAVE TO PROVE HIS OR HER BEING A STUDENT, OR DISABLED, WHATEVER HIS OR HER AGE, AND AFTER HAVING QUALIFIED THE CORRESPONDING DISABILITY.

(2) LLENAR UNA PAGINA POR CADA BENEFICIARIO.
(2) FILL OUT ONE FORM PER BENEFICIARY.

(3) EN CASO DE SER HIJO INVALIDO DEBERA SOLICITAR CONJUNTAMENTE LA CALIFICACION DE INVALIDEZ DE ACUERDO A LA LEGISLACION CHILENA, PARA LO CUAL DEBE REMITIR LOS ANTECEDENTES MEDICOS.

(3) IF IN THE CASE OF A DISABLED CHILD, SHALL NEED TO REQUEST THE QUALIFICATION OF SUCH DISABILITY AT THE SAME TIME, AND IN ACCORDANCE WITH THE CHILEAN LAW, FOR WHICH THE MEDICAL DATA MUST BE SUBMITTED.

(4) EN ESTE CASO INDICAR BAJO QUE TITULO REPRESENTA AL MENOR, EN CHILE LA MAYORIA DE EDAD SE OBTIENE A LOS 18 AÑOS.
(4) IF IN THE CASE INDICATE UNDER WHAT TITLE HE OR SHE REPRESENTS THE MINOR. IN CHILE, ADULTHOOD IS REACHED AT 18 YEARS OLD.

5. OTROS BENEFICIARIOS / OTHER BENEFICIARIES (1)

RELACION CON EL AFILIADO (2) : <input type="checkbox"/> MADRE DEL TRABAJADOR / MOTHER OF THE WORKER RELATIONSHIP WITH THE AFFILIATE		
<input type="checkbox"/> PADRE DEL TRABAJADOR / FATHER OF THE WORKER		
<input type="checkbox"/> MADRE DE HIJO NATURAL DEL TRABAJADOR MOTHER OF THE WORKER'S NATURAL CHILD		
* ESTADO CIVIL		<input type="checkbox"/> SOLTERA / SINGLE
DE LA MADRE DE HIJO NATURAL		<input type="checkbox"/> CASADA / MARRIED
* MARITAL STATUS OF THE MOTHER OF THE NATURAL CHILD		<input type="checkbox"/> VIUDA / WIDOW
_____ APELLIDO PATERNO FATHER'S SURNAME	_____ APELLIDO MATERNO MOTHER'S MAIDEN NAME	_____ NOMBRES NAMES
_____ - _____ CEDULA NACIONAL DE IDENTIDAD O R.U.T. EN CHILE NATIONAL PERSONAL IDENTIFICATION DOCUMENT OR R.U.T. IN CHILE		_____ FECHA DE NACIMIENTO / DATE OF BIRTH D D M M A A D D M M Y Y
_____ DIRECCION / ADDRESS (Calle, Número, Código Postal, Ciudad, Comuna, País) (Street, Number, P.O. Box, City, District, Country)		

NOTE / NOTA:

(1) LLENAR UNA PAGINA POR CADA BENEFICIARIO.

(1) FILL OUT ONE FORM PER BENEFICIARY.

(2) LA MADRE DE HIJOS NATURALES DEL CAUSANTE PARA TENER DERECHO A PENSION, A LA FECHA DE FALLECIMIENTO, DEBE SER SOLTERA O VIUDA Y HABER VIVIDO A EXPENSAS DEL TRABAJADOR. LOS PADRES DEL TRABAJADOR SOLO TENDRAN DERECHO A PENSION SI NO EXISTE OTRO TIPO DE BENEFICIARIO Y VIVAN A EXPENSAS DEL CAUSANTE A LA FECHA DEL FALLECIMIENTO.

(2) TO BE ENTITLED TO PENSION, THE MOTHER OF THE ORIGINATOR'S NATURAL CHILDREN, TO THE DATE OF DEATH, MUST BE SINGLE OR WIDOWED AND MUST HAVE LIVED AT THE WORKER'S EXPENSES. THE WORKER'S PARENTS SHALL ONLY BE ENTITLED TO PENSION WHERE NO OTHER BENEFICIARIES EXIST AND ONLY IF THEY LIVES AT THE ORIGINATOR'S EXPENSES TO THE DATE OF DEATH.

6. ACTIVIDAD LABORAL DEL TRABAJADOR EN CHILE / WORKER'S JOBS IN CHILE

NOMBRE DEL EMPLEADOR NAME OF THE EMPLOYER	PERIODO / PERIOD OF TIME DESDE / SINCE								ACTIVIDAD DEL TRABAJADOR WORKER'S ACTIVITY	REGIMEN PREVISIONAL PENSION SYSTEM (1) (2)
	M M A A				M M A A					
	M M Y Y				M M Y Y					

(1) EN CASO DE ESTAR AFILIADO AL INSTITUTO DE NORMALIZACION PREVISIONAL, INDICAR LA CAJA DE PREVISION DEL ANTIGUO REGIMEN PREVISIONAL.
 (1) IF AFFILIATED TO THE PENSION NORMALIZATION INSTITUTE, STATE THE INSTITUTION BELONGING TO THE OLD SYSTEM.

(2) EN CASO DE ESTAR AFILIADO A UNA A.F.P. INDICAR ESPECIFICAMENTE EL NOMBRE DE ESTA.
 (2) IF AFFILIATED TO AN AFP, SPECIFY ITS NAME.

 FIRMA DEL SOLICITANTE / SIGNATURE OF THE REQUESTING PARTY

**LOS DATOS PERSONALES CONSIGNADOS EN ESTE FORMULARIO CONSTAN EN DOCUMENTOS TENIDOS A LA VISTA.
 THE PERSONAL DATA STATED IN THIS FORM IS RECORDED IN DOCUMENTS KEPT AT SIGHT**

<p>_____ SELLO / FIRMA INSTITUCION COMPETENTE STAMP/SIGNATURE OF THE COMPETENT INSTITUTION</p>	<p>FECHA / DATE [][][][][][] D D M M A A D D M M Y Y</p>
<p>_____ SELLO / FIRMA ORGANISMO ENLACE STAMP/SIGNATURE OF THE LIASONS BODY</p>	<p>FECHA / DATE [][][][][][] D D M M A A D D M M Y Y</p>