

CONVENIO DE SEGURIDAD SOCIAL  
ENTRE LA REPUBLICA DE CHILE Y SUECIA  
KONVENTION MELLAN SVERIGE OCH CHILE  
OM SOCIAL TRYGGHET

RCH / SUECIA 1

CERTIFICADO DE DESPLAZAMIENTO  
FÖRFLYTTNINGSINTYG

ART. 7o. DEL CONVENIO / ART. 7 i KONVENTIONEN  
ART. 4o. DEL ACUERDO /ART. 4 i ÖVERENSKOMMELSEN

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

NUMERO PERSONAL SUECO (AÑO, MES, DIA, 4 CIFRAS)  
SVENSKT PERSONNUMMER (AR,MANAD, DAG)

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

 - 

--

CEDULA NACIONAL DE IDENTIDAD O R.U.T. EN CHILE  
CHILENSKT IDENTITETSNUMMER ELLER SKATTENUMMER

1. TRABAJADOR / FÖRSÄKRAD

APELLIDO PATERNO EFTERNAMN		APELLIDO MATERNO MODERNS EFTERNAMN		NOMBRES ALLA FÖRNAMN	
FECHA DE NACIMIENTO FÖDELSEDATUM		NACIONALIDAD NATIONALITET			
DIRECCION / ADRESS (Calle, Número, Código Postal, Ciudad, Comuna, Estado, País) UTDELNINGSADRESS, POSTNUMMER OCH POSTORT, LAND					

2. EMPRESA / ARBETSGIVARE

NOMBRE O RAZON SOCIAL / ARBETSGIVAN NAMN	
DIRECCION / ADRESS (Calle, Número, Código Postal, Ciudad, Comuna, Estado, País) UTDELNINGSADRESS, POSTNUMMER OCH POSTORT, LAND	

**3. LA PERSONA ARRIBA MENCIONADA ES ENVIADA A LA EMPRESA INDICADA ABAJO POR UN PERIODO COMPRENDIDO (OVANNÄMND A PERON ÖVERSÄNDES TILL NEDANNÄMND A FÖRETAG FÖR ÖVERENSKOMMEN PERIOD)**

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

DESDE / FRAN

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

HASTA / TILL

**4. EMPRESA / FÖRETAG**

EMPRESA O RAZON SOCIAL / ARBETSGIVARENS NAMN

DIRECCION / ADRESS

(Calle, Número, Código Postal, Ciudad, Comuna, Estado, País)

UTDELNINGSADRESS, POSTNUMMER OCH POSTORT, LAND

**5. EL ASEGURADO QUEDA SOMETIDO A LA LEGISLACION CHILENA: DEN FÖRSÄKRDE FÖRBLIR UNDER CHILENSKT LAGSTIFITNING**

A: DURANTE UN PERIODO MAXIMO DE 12 MESES A PARTIR DE  
AJ: UNDER HÜGST 12 MANADER FRAN OCH MED

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

B: PRORROGA POR UN PERIODO DE 12 MESES  
B: FÖRLÄNGNFNG FÖR EN PERIOD 12 MANADER

A PARTIR DE  
FRAN OCH MED

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

**6. ORGANISMO COMPETENTE / BEHÖRIG INSTITUTION**

**SUPERINTENDENCIA DE PENSIONES**

NOMBRE DEL ORGANISMO COMPETENTE / BEHÖRIGA INSTITUTIONES NAMN

TELEFONO / TELEFONNUMMER

TELEFAX / TELEFAXNUMMER

FIRMA Y SELLO /UNDERSKRIFT/ STÄMPEL

FECHA / DATUM

Avda. Libertador Bernardo O'Higgins 1449-Torre 2-Local 8 -Santiago - Chile

DIRECCION DEL ORGANISMO COMPETENTE / BEHÖRIGA INSTITUTIONENS ADRESS

(Calle, Número, Código Postal, Ciudad, Comuna, Estado, País)

UTDELNINGSADRESS, POSTNUMMER OCH POSTORT, LAND

**INSTRUCCION: / ANVISNINGAR**

SE DEBE LLENAR EL CERTIFICADO A MAQUINA O CON LETRA DE IMPRENTA / IFYLLES MED MASKIN ELLER BLOCKBOKSTÄVER





