

CERTIFICADO SOBRE LA LEGISLACION APLICABLE  
CERTIFICAT D'ASSUJETTISSEMENT

Art. 7 à /a 11 del Acuerdo / de l'Entente  
Art. 4 del Arreglo administrativo / de l'Arrangement administratif

DE / DE :

A / A

1 . PERSONA ASEGURADA /PERSONNE ASSURÉE

Apellidos Nom	Nombre(s) Prénom(s)	Apellido al nacimiento (si es diferente) Nom à la naissance (si différent)
Fecha de nacimiento Date de naissance	Sexo Sexe	θ H/M      θ F/M
_ _ _ _     _ _ _ _     _ _ _ _		
D      M      A		
J      M      A		
		Ciudadanía Citoyenneté
N° Cédula Nacional de Identidad o RUT en Chile : N° National d'identuté ou RUT au Chili		
Dirección en Chile al momento del desplazamiento Adresse au Chile moment du détachement		
Dirección en Québec Adresse au Québec		

## 2 . EMPLEADOR EN CHILE / EMPLOYEUR AU CHILI

Nombre o razón social  
Nom ou raison sociale

\_\_\_\_\_

Dirección / Adresse

\_\_\_\_\_

R.U.T. del empleador  
N° d'employeur

\_\_\_\_\_

Número de teléfono y fax  
No. de téléphone et fax

\_\_\_\_\_

## 3 . TRABAJADOR DESPLAZADO / PERSONNE DÉTACHÉE

A. La persona mencionada en el cuadro [1] es / La personne identifiée au cadre [1] est

a) Desplazada por el período Máximo de 60 meses / détachée pour la période allant probablement

DESDE / DU:

\_\_\_\_\_

HASTA / AU

\_\_\_\_\_

b) Para el empleador siguiente / dans l'établissement suivant

Nombre o razón social /  
Nom ou raison sociale

\_\_\_\_\_

Dirección en Quebec /  
Adresse au Quebec

\_\_\_\_\_

Teléfono y Fax /  
Téléphone et Fax

\_\_\_\_\_

### B. PRORROGA DEL DESPLAZAMIENTO / PERSONNE DÉTACHÉE

El desplazamiento de la persona mencionada en el cuadro [1] será prorrogada por un período de 36 meses.

DESDE / DU

\_\_\_\_\_

HASTA / AU

\_\_\_\_\_

**4 . SOLO PARA USO ADMINISTRATIVO / RÉSERVÉ À L'ORGANISME QUI DÉLIVRE LE CERTIFICAT**

**4.1** La persona mencionada en el cuadro [1] sigue siendo sometida a la legislación de Chile  
La personne identifiée au cadre [1] demeurera assujettie à la législation du Chili.

**DESDE / DU**

**HASTA / AU**

En virtud del artículo [ ] del Acuerdo  
En vertu de l'article \_\_\_\_\_ de l'Entente

**4.2**

Nombre del Organismo de Enlace en Chile  
\_\_\_\_\_

**CACHET**

**SELLO**

Fecha / Date

Firma / Signature

**INSTRUCCIONES**

**1. FORMULARIO**

- El empleador de la persona desplazada debe completar los cuadros **1, 2 y 3** de este formulario y devolverlo a la Superintendencia de Pensiones.
- Después de ser aprobado, el Organismo de Enlace chileno, envía el original a la persona asegurada, una copia fiel del original al empleador, y dos más al Organismo de Enlace de Québec (DÉESS). La DÉESS, después de recibirlo transmite un ejemplar al empleador de Québec.

**2. COTIZACIONES**

- Las cotizaciones exigidas en virtud de la legislación de Chile con respecto al Acuerdo, deben continuar siendo pagadas por el empleador para la duración del presente certificado.