RCH / BRASIL 2-B

CONVENIO DE SEGURIDAD SOCIAL ENTRE LA REPUBLICA DE CHILE Y LA REPUBLICA FEDERATIVA DEL BRASIL

ACORDO DE SEGURIDADE SOCIAL ENTRE A REPÚBLICA DO CHILE E A REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

SOLICITUD DE PENSION DE SOBREVIVENCIA / SOLICITAÇÃO DE PENSÃO POR MORTE

DE : / DE

A: / PARA

FECHA DE FALLECIMIENTO /
DATA DE FALECIMENTO

FECHA DE LA SOLICITUD / DATA DA SOLICITAÇÃO

NUMERO DE INSCRIPCION DE CARTERA PROFESIONAL
DEL ASEGURADO EN BRASIL
NUMERO DE INSCRIÇÃO DA CARTEIRA PROFISSIONAL
DO SEGURADO NO BRASIL

CEDULA NACIONAL DE IDENTIDAD O R.U.T. EN CHILE
CARTEIRA NACIONAL DE IDENTIDADE OU R.U.T. NO CHILE

N° DE LA SERIE
N° DE SÉRIE

N° DA IDENTIDADE NO BRASIL / N° DA IDENTIDADE NO BRASIL

FECHA DE EMISION / DATA DA EMISSÃO

UNIDAD DE LA FEDERACION
UNIDADE DA FEDERAÇÃO

NÚMERO DE INSCRIÇÃO EN EL I.N.S.S / NÚMERO DE INSCRIÇÃO NO I.N.S.S.

1. INFORMACION RELATIVA AL TRABAJADOR / INFORMAÇÃO RELATIVA AO SEGURADO

NOMBRE COMPLETO / NOME COMPLETO

NOMBRE COMPLETO DEL PADRE
NOME COMPLETO DO PAI

NOMBRE COMPLETO DE LA MADRE
NOME COMPLETO DA MÃE

FECHA NACIMIENTO /
DATA DE NASCIMENTO

LUGAR DE NACIMIENTO /
LOCAL DE NASCIMENTO

NACIONALIDAD /
NACIONALIDADE

SEXO / SEXO

- ☐ MASCULINO / MASCULINO
- ☐ FEMENINO / FEMININO

ESTADO CIVIL / ESTADO CIVIL

- ☐ CASADO (A) / CASADO (A)
- ☐ SOLTERO (A) / SOLTEIRO (A)
- ☐ DIVORCIADO (A) / DIVORCIADO (A)
- ☐ VIUDO (A) / VIÚVO (A)

FECHA DE MATRIMONIO /
DATA DE CASAMENTO

DIRECCION COMPLETA / ENDEREÇO COMPLETO
(Calle, Número, Código Postal, Ciudad, Comuna, Estado, País, e-mail) / (Rua, Número, CEP, Cidade, Estado, País, e-mail)

2. ANTECEDENTES DEL REPRESENTANTE LEGAL / DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL

(LLENAR SOLO EN CASO QUE LA SOLICITUD SEA SUSCRITA POR UN TERCERO) / (PREENCHER APENAS NO CASO EM QUE A SOLICITAÇÃO FOR SUBSCRITA POR UM TERCEIRO)

NOMBRE COMPLETO / NOME COMPLETO

CEDULA NACIONAL DE IDENTIDAD O R.U.T. EN CHILE
CARTEIRA NACIONAL DE IDENTIDADE OU R.U.T. NO CHILE

NUMERO DE INSCRIPCION EN BRASIL
NÚMERO DE INSCRIÇÃO NO BRASIL

DIRECCION COMPLETA / ENDEREÇO COMPLETO
(Calle, Número, Código Postal, Ciudad, Comuna, Estado, País, e-mail) / (Rua, Número, CEP, Cidade, Estado, País, e-mail)

3. ANTECEDENTES DEL VIUDO - VIUDA / DADOS DO VIÚVO - VIÚVA

☐ MUJER / MULHER

☐ HOMBRE (1) / HOMEM (1) INVÁLIDO / INCAPACITADO ☐ SI / SIM ☐ NO / NÃO

NOMBRE COMPLETO / NOME COMPLETO

NOMBRE COMPLETO DEL PADRE /
NOME COMPLETO DO PAI

NOMBRE COMPLETO DE LA MADRE /
NOME COMPLETO DA MÃE

FECHA NACIMIENTO / DATA DE NASCIMENTO

FECHA DE MATRIMONIO / DATA DE CASAMENTO

CEDULA NACIONAL DE IDENTIDAD OU R.U.T. EN CHILE /
CARTEIRA NACIONAL DE IDENTIDADE OU R.U.T. NO CHILE

NUMERO DE IDENTIFICACION EN BRASIL /
NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO NO BRASIL

DIRECCION COMPLETA / ENDEREÇO COMPLETO
(Calle, Número, Código Postal, Ciudad, Comuna, Estado, País, e-mail) / (Rua, Número, CEP, Cidade, Estado, País, e-mail)

(1) En Chile, en los regímenes de pensiones administrados por el Instituto de Previsión Social (Ex-INP), sólo tiene derecho a pensión de sobrevivencia el cónyuge varón cuando es inválido, calidad que debe ser acreditada con el dictamen de invalidez que corresponda. Respecto del sistema de capitalización individual, el cónyuge varon tiene derecho a pensión, salvo si la cónyuge falleció antes del 01/10/2008, en cuyo caso para tener derecho a pensión de sobrevivencia, requiere acreditar la condición de inválido.

(1) No Chile, nos regimes de pensões administrados pelo "Instituto de Previsíon Social" (Ex-INP), somente tem direito a pensão por morte o cônjuge do sexo masculino quando for invalido, qualidade que deve ser comprovada com parecer de invalidez correspond Referente ao sistema de capitalização individual, o cônjuge do sexo masculino tem direito a pensão, salvo se a cônjuge faleceu antes de 01/10/2008, caso em que para ter direito a pensão por morte, se requer comprovação da condição de inválido.

4. ANTECEDENTES DE LOS HIJOS (1) / DADOS DOS FILHOS (1)

(LLENAR EL PRESENTE RECUADRO POR CADA HIJO) / (PREENCHER ESTE QUADRO PARA CADA FILHO)

NOMBRE COMPLETO / NOME COMPLETO

CEDULA NACIONAL DE IDENTIDAD O R.U.T. EN CHILE
CARTEIRA NACIONAL DE IDENTIDADE OU R.U.T. NO CHILE

NUMERO DE IDENTIFICACION EN BRASIL
NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO NO BRASIL

FECHA NACIMIENTO / DATA DE NASCIMENTO

ACTIVIDAD QUE REALIZA / ATIVIDADE QUE REALIZA

☐ ESTUDIANTE / ESTUDANTE

☐ SERVICIO MILITAR / SERVIÇO MILITAR

☐ OTROS / OUTROS

SEXO / SEXO

☐ MASCULINO / MASCULINO

☐ FEMENINO / FEMININO

INVALIDO (2)/ INCAPACITADO (2)

☐ SI / SIM

☐ NO / NÃO

DIRECCION COMPLETA / ENDEREÇO COMPLETO
(Calle, Número, Código Postal, Ciudad, Comuna, Estado, País, e-mail) / (Rua, Número, CEP, Cidade, Estado, País, e-mail)

5. ANTECEDENTES DEL REPRESENTANTE LEGAL EN LA TRAMITACION DE ORFANDAD (3) / DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL NA TRAMITAÇÃO DE ORFANDADE (3)

(LLENAR SOLO EN CASO QUE LA SOLICITUD SEA SUSCRITA POR UN TERCERO) / (PREENCHER APENAS NO CASO DE QUE A SOLICITAÇÃO FOR SUBSCRITA POR UM TERCEIRO)

NOMBRE COMPLETO / NOME COMPLETO

CEDULA NACIONAL DE IDENTIDAD OU R.U.T. EN CHILE
CARTEIRA NACIONAL DE IDENTIDADE OU R.U.T. NO CHILE

NUMERO DE IDENTIFICACION EN BRASIL
NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO NO BRASIL

DIRECCION COMPLETA / ENDEREÇO COMPLETO
(Calle, Número, Código Postal, Ciudad, Comuna, Estado, País, e-mail) / (Rua, Número, CEP, Cidade, Estado, País, e-mail)

PARA CHILE : / PARA O CHILE

(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 24 O 25 AÑOS (DEPENDIENDO DEL RÉGIMEN PREVISIONAL), EN CUYO CASO DEBERÁ ACREDITAR LA CALIDAD DE ESTUDIANTE, O INVÁLIDO CUALQUIERA SEA SU EDAD, PREVIA CALIFICACION DE LA RESPECTIVA INVALIDEZ.

(1) CONFORME A LEGISLAÇÃO CHILENA, PARA OS FILHOS SEREM BENEFICIÁRIOS DE PENSÃO POR MORTE ELES DEVEM SER SOLTEIROS, MENORES DE 18 ANOS OU MAIORES DE 18 ANOS E MENORES DE 24 OU 25 ANOS (DEPENDENDO DO REGIME PREVIDENCIÁRIO), NESSE CASO DEVERÁ SER COMPROVADA A CONDIÇÃO DE ESTUDANTE OU INCAPACITADO, QUALQUER SEJA SUA IDADE, PRÉVIA QUALIFICAÇÃO DA RESPECTIVA INVALIDEZ .

(2) EN CASO DE SER HIJO INVÁLIDO DEBERÁ SOLICITAR CONJUNTAMENTE LA CALIFICACION DE INVALIDEZ DE ACUERDO A LA LEGISLACION CHILENA, PARA LO CUAL DEBE REMITIR LOS ANTECEDENTES MÉDICOS.

(2) NO CASO DE SER FILHO INCAPACITADO DEVERÁ SER SOLICITADA CONJUNTAMENTE A QUALIFICAÇÃO DE INVALIDEZ CONFORME A LEGISLAÇÃO CHILENA, PARA O QUE DEVE ENVIAR OS ANTECEDENTES MÉDICOS.

(3) EN ESTE CASO INDICAR BAJO QUÉ TÍTULO REPRESENTA AL MENOR.

(3) NESTE CASO INDICAR SOB QUE TÍTULO REPRESENTA AO MENOR.

PARA BRASIL: / PARA O BRASIL

SEGÚN LA LEGISLACION BRASILEÑA PODRÁN SER DEPENDIENTE, LOS HIJOS MENORES DE 21 AÑOS O INVÁLIDOS, ASI COMO SUS EQUIPARADOS (HIJASTROS, BAJO TUTELA Y MENORES BAJO GUARDA MENORES DE 21 AÑOS).

CONFORME A LEGISLAÇÃO BRASILEIRA PODERÃO SER DEPENDENTES OS FILHOS MENORES DE 21 ANOS OU INCAPACITADOS, BEM COMO SEUS EQUIPARADOS (ENTEADOS, SOB TUTELA E MENORES SOB GUARDA, MENORES DE 21 ANOS).

6. OTROS BENEFICIARIOS (4) / OUTROS BENEFICIÁRIOS (4)

LLENAR PARA CHILE / PREENCHER PARA O CHILE

RELACIÓN CON EL AFILIADO (5) / RELAÇÃO COM O AFILIADO (5)

☐ MADRE DEL TRABAJADOR / MÃE DO SEGURADO

☐ PADRE DEL TRABAJADOR / PAI DO SEGURADO

☐ MADRE O PADRE DE HIJO DE FILIACIÓN NO MATRIMONIAL DEL TRABAJADOR / MÃE OU PAI DE FILHOS DE FILIAÇÃO NÃO MATRIMONIAL

ESTADO CIVIL / ESTADO CIVIL DE LA MADRE O PADRE / DA MÃE OU DO PAI DE HIJO DE FILIACION NO MATRIMONIAL / DE FILHO DE FILIAÇÃO NÃO MATRIMONIAL ☐ CASADA (O) / CASADA (O) ☐ SOLTERA(O)/SOLTEIRA(O) ☐ VIUDA (O) /VIÚVA (O)

NOMBRE COMPLETO / NOME COMPLETO

☐☐☐☐☐☐☐☐☐ - ☐
CEDULA NACIONAL DE IDENTIDAD O R.U.T. EN CHILE / CARTEIRA NACIONAL DE IDENTIDADE OU R.U.T. NO CHILE

☐☐☐☐☐☐☐☐
FECHA DE NACIMIENTO / DATA DE NASCIMENTO

DIRECCION COMPLETA / ENDEREÇO COMPLETO
(Calle, Número, Código Postal, Ciudad, Comuna, Estado, País, e-mail) / (Rua, Número, CEP, Cidade, Estado, País, e-mail)

(4) LLENAR UNA PÁGINA POR CADA BENEFICIARIO.

(4) PREENCHER UMA PÁGINA PARA CADA BENEFICIÁRIO.

(5) EN CHILE: El padre o la madre de hijos de filiación no matrimonial, para tener derecho a pensión deberá ser a la fecha de fallecimiento del causante, soltera/o o viuda/o y deberá acreditar que vivía a expensas del causante. En los regímenes de pensiones administrados por el Instituto de Previsión Social (Ex-INP) este derecho corresponde sólo a la madre de hijos de filiación no matrimonial. Si no existen los beneficiarios antes mencionados, el padre o la madre del trabajador tendrán derecho a pensión, siempre que demuestren que se encontraban viviendo a expensas del causante a la fecha de fallecimiento.

(5) NO CHILE: O pai ou a mãe de filhos de filiação não matrimonial, para ter direito a pensão deverá ser a data de falecimento do segurado, solteira(o) ou viúva(o) e deverá comprovar que vivia as custas do falecido. Nos regimes de pensões administrados pelo "Instituto de Previsión Social" (Ex-INP) este direito corresponde somente para a mãe de filhos de filiação não matrimônio. Se não existirem os beneficiários anteriormente mencionados, o pai ou a mãe do segurado terão direito a pensão, sempre que demonstrem que se encontravam vivendo as custas do segurado na data de seu falecimento.

LLENAR PARA BRASIL / PREENCHER PARA O BRASIL

RELACIÓN CON EL ASEGURADO (6) / RELAÇÃO COM O SEGURADO (6)

☐ COMPAÑERA / COMPANHEIRA

☐ PADRE / PAI

☐ MADRE / MÃE

☐ HERMANO / IRMÃO ☐ INVALIDO / INCAPACITADO ☐ MENORES DE 21 AÑOS / MENORES DE 21 ANOS

NOMBRE COMPLETO / NOME COMPLETO

☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐
DOCUMENTACION DE IDENTIFICACION / DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

☐☐☐☐☐☐☐☐
FECHA DE NACIMIENTO / DATA DE NASCIMENTO

SEXO : / SEXO ☐ MASCULINO / MASCULINO ☐ FEMENINO / FEMININO

DIRECCION COMPLETA / ENDEREÇO COMPLETO
(Calle, Número, Código Postal, Ciudad, Comuna, Estado, País, e-mail) / (Rua, Número, CEP, Cidade, Estado, País, e-mail)

(6) SEGUN LEGISLACION BRASILEÑA PODRAN SER BENEFICIARIOS DE PENSION LOS COMPAÑEROS, PADRES Y LOS HERMANOS MENORES DE 21 AÑOS O INVALIDOS.

(6) CONFORME A LEGISLAÇÃO BRASILEIRA PODERÃO SER BENEFICIÁRIOS DE PENSÃO OS COMPANHEIROS, PAIS E OS IRMÃOS MENORES DE 21 ANOS OU INCAPACITADOS.

7. ACTIVIDAD LABORAL DEL TRABAJADOR EN CHILE / ATIVIDADE PROFISSIONAL DO SEGURADO NO CHILE

NOMBRE DEL EMPLEADOR NOME DO EMPREGADOR	PERÍODO / PERIODO		ACTIVIDAD DEL TRABAJADOR ATIVIDADE DO SEGURADO	REGIMEN PREVISIONAL I.P.S. (ex- I.N.P.) (1) / A.F.P. (2) REGIME PREVIDENCIÁRIO I.P.S. (ex- I.N.P.) (1) / A.F.P. (2)
	DESDE / DE	HASTA / ATÉ		
	M M A A A A	M M A A A A		

(1) EN CASO DE ESTAR AFILIADO AL INSTITUTO DE PREVISION SOCIAL (ex-I.N.P.), INDICAR LA CAJA DE PREVISION DEL REGIMEN PREVISIONAL.

(1) NO CASO DE ESTAR AFILIADO AO "INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL" (EX-INP) , INDICAR A CAIXA DE PENSÃO DO REGIME PREVIDENCIÁRIO.

(2) EN CASO DE ESTAR AFILIADO A UNA A.F.P. INDICAR ESPECIFICAMENTE EL NOMBRE DE ÉSTA.

(2) NO CASO DE ESTAR AFILIADO A UMA A.F.P., INDICAR ESPECIFICAMENTE O NOME DESTA.

8 INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL BENEFICIO EN EL EXTRANJERO / INFORMAÇÃO PARA O PAGAMENTO DE BENEFÍCIO NO ESTRANGEIRO

Nombre del Banco: _____
Nome do Banco
Dirección del Banco: _____
Endereço do Banco Ciudad - País
Número de Cuenta: _____ Cidade - País
Número da Conta
Código Swift: _____
Código Swift:

FIRMA DEL SOLICITANTE / ASSINATURA DO REQUERENTE

PAIS DE PRESENTACION / PAIS DE APRESENTAÇÃO

LOS DATOS PERSONALES CONSIGNADOS EN ESTE FORMULARIO CONSTAN EN DOCUMENTOS TENIDOS A LA VISTA
OS DADOS PESSOAIS CONSTANTES DESTE FORMULÁRIO CONFEREM COM OS DOCUMENTOS APRESENTADOS.

SELLO - FIRMA / CARIMBO - ASSINATURA
INSTITUCION COMPETENTE / INSTITUICÃO RESPONSÁVEL

SELLO - FIRMA / CARIMBO - ASSINATURA
ORGANISMO ENLACE / ORGANISMO DE LIGAÇÃO

FECHA / DATA