RCH/FI-2

CONVENIO DE SEGURIDAD SOCIAL
ENTRE LA REPUBLICA DE CHILE Y
LA REPUBLICA DE FINLANDIA

SOLICITUD DE PENSION Y/O BENEFICIOS DE SOBREVIVENCIA

LUGAR

FECHA DE LA SOLICITUD

1. INFORMACION RELATIVA AL CAUSANTE

N° REGISTRO FINLANDIA

CEDULA NACIONAL DE IDENTIDAD o R.U.T. EN CHILE

FECHA FALLECIMIENTO

FECHA DE MATRIMONIO

APELLIDO PATERNO

APELLIDO MATERNO

NOMBRES

NOMBRE COMPLETO PADRE

NOMBRE COMPLETO MADRE

D D M M A A

FECHA DE NACIMIENTO

LUGAR NACIMIENTO

NACIONALIDAD

ESTADO CIVIL :

CASADO SOLTERO VIUDO DIVORCIADO

SEXO : MASCULINO FEMENINO

DIRECCION COMPLETA
(Calle, Número, Ciudad, País, Código Postal, E-mail,Teléfono)

2. ANTECEDENTES DEL VIUDO (1) - VIUDA

☐ MUJER ☐ HOMBRE INVALIDO ☐ SI ☐ NO

APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES

FECHA DE NACIMIENTO FECHA DE MATRIMONIO O CONCUBINATO

CEDULA NACIONAL DE IDENTIDAD O R.U.T. EN CHILE - N° DE REGISTRO FINLANDIA

DIRECCION COMPLETA
(Calle, Número, Ciudad, País, Código Postal, E-mail,Teléfono)

(1) 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.

3. ANTECEDENTES DE LOS HIJOS (1) (2) (3)

APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES

CEDULA NACIONAL DE IDENTIDAD O R.U.T. EN CHILE - N° DE REGISTRO EN FINLANDIA

☐ EDAD

FECHA DE NACIMIENTO

INVALIDO (3)
☐ SI
☐ NO

ACTIVIDAD QUE REALIZA
☐ ESTUDIANTE
☐ OTROS

SEXO:
☐ HOMBRE
☐ MUJER

DIRECCION COMPLETA
(Calle, Número,Ciudad, País, Código Postal, E-mail, Teléfono)

RCH/FI-2

4. ANTECEDENTES DEL REPRESENTANTE LEGAL (4)

APELLIDO PATERNO | APELLIDO MATERNO | NOMBRE

CEDULA NACIONAL DE IDENTIDAD o R.U.T. EN CHILE -

N° DE REGISTRO DEMOGRAFICO DE FINLANDIA

OBSERVACIONES:

DIRECCION COMPLETA
(Calle, Número, Ciudad, 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 SE ACREDITARÁ LA CALIDAD DE ESTUDIANTE, O INVALIDO CUALQUIERA SEA SU EDAD. ADEMAS DE ESOS REQUISITOS EN EL SISTEMA DE CAPITALIZACIÓN INDIVIDUAL, LOS HIJOS DEBEN SER SOLTEROS.

(2) LLENAR UNA PAGINA POR CADA BENEFICIARIO. 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 FINÉS, PARA LO CUAL DEBE REMITIR LOS ANTECEDENTES MEDICOS.

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

5. OTROS BENEFICIARIOS (1)

RELACION CON EL CAUSANTE : ☐ MADRE ☐ PADRE ☐ HERMANO DEPENDIENTE

☐ MADRE DE HIJO DE FILIACION NO MATRIMONIAL

ESTADO CIVIL, MADRE DE HIJO DE FILIACIÓN NO MATRIMONIAL:
☐ SOLTERA ☐ VIUDA ☐ CASADA

APELLIDO PATERNO | APELLIDO MATERNO | NOMBRE

CEDULA NACIONAL DE IDENTIDAD o R.U.T. EN CHILE -

N° DE REGISTRO EN FINLANDIA

FECHA DE NACIMIENTO

DIRECCION COMPLETA
(Calle, Número, Ciudad, País, Código Postal, E-mail, Teléfono)

NOTA: (1) LLENAR UNA PAGINA POR CADA BENEFICIARIO.

EN CHILE:

LA MADRE DE HIJOS DE FILIACION NO MATRIMONIAL 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

RCH/FI-2

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 ESTAR AFILIADO AL INSTITUTO DE NORMALIZACION PREVISIONAL, INDICAR LA CAJA DE PREVISION DEL ANTIGUO REGIMEN PREVISIONAL.

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

7, DATOS PARA EL PAGO

Nombre del Banco: _____

Dirección del Banco: _____

Ciudad - País

Número de Cuenta: _____

FIRMA DEL SOLICITANTE

RCH/FI-2

8 INSTITUCION COMPETENTE RECEPTORA DE LA SOLICITUD

LOS DATOS PERSONALES DEL TRABAJADOR Y SUS BENEFICIARIOS CONSTAN EN DOCUMENTOS TENIDOS A LA VISTA

NOMBRE: _____

DIRECCION : _____

(calle, número, código postal, localidad, comuna, provincia, país)

SELLO / FIRMA

FECHA

9 ORGANISMO DE ENLACE

NOMBRE: _____

DIRECCION: _____

SELLO / FIRMA
ORGANISMO DE ENLACE

FECHA