

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

SOLICITUD DE PENSION - TRABAJADOR

\_\_\_\_\_  
LUGAR

\_\_\_\_\_  
FECHA DE LA SOLICITUD

SOLICITUD DE PENSION DE :

- VEJEZ  VEJEZ ANTICIPADA EN EL SISTEMA DE CAPITALIZACION INDIVIDUAL
- INVALIDEZ

1. INFORMACION RELATIVA AL TRABAJADOR

<input style="width: 100%;" type="text"/> N° DE REGISTRO DEMOGRAFICO DE FINLANDIA				<input style="width: 100%;" type="text"/> CEDULA NACIONAL DE IDENTIDAD o R.U.T. EN CHILE			
_____ APELLIDO PATERNO		_____ APELLIDO MATERNO		_____ NOMBRES			
_____ NOMBRE COMPLETO DEL PADRE			_____ NOMBRE COMPLETO DE LA MADRE				
D D M M A A <input style="width: 100%;" type="text"/> FECHA DE NACIMIENTO		_____ LUGAR NACIMIENTO		_____ NACIONALIDAD			
<b>ESTADO CIVIL</b>							
<input type="checkbox"/> CASADO		<input type="checkbox"/> SOLTERO		<input type="checkbox"/> VIUDO			
				<input type="checkbox"/> DIVORCIADO			
				<input type="checkbox"/> CONCUBINATO			
FECHA DE MATRIMONIO <input style="width: 100%;" type="text"/>							
<b>SEXO :</b> <input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO							
_____ DIRECCION COMPLETA (Calle, Número, Ciudad, Barrio, País, E-mail, Teléfono)							

**2. DECLARACION DE BENEFICIARIOS (1) (2) (3)**

NOMBRES Y APELLIDOS	RELACION DE PARENTESCO	FECHA DE NACIMIENTO	CEDULA NACIONAL DE IDENTIDAD O R.U.T. DE CHILE O N° DE FINLANDIA	SEXO		OBS. (3)
				M	F	

(1) LLENAR SOLO EN CASO DE TRABAJADORES AFILIADOS AL SISTEMA DE CAPITALIZACION INDIVIDUAL CHILENO.

(2) SE DEBERA INDICAR LOS POTENCIALES BENEFICIARIOS DE PENSION, VALE DECIR CONYUGE VARON INVALIDO O CONYUGE MUJER, HIJOS, MADRE DE HIJOS NO MATRIMONIALES DEL CAUSANTE, PADRE O MADRE DEL TRABAJADOR. ESTOS ULTIMOS SIEMPRE QUE NO EXISTA NINGUNO DE LOS ANTERIORES. EN EL SISTEMA DE REPARTO CHILENO, LOS PADRES O ASCENDIENTES DEL CAUSANTE PUEDEN PERCIBIR PENSION, A FALTA DE CONYUGE E HIJOS, PERO ESTE BENEFICIO PUEDE COEXISTIR CON EL DE LA MADRE DE LOS HIJOS NO MATRIMONIALES DEL CAUSANTE.

(3) DE EXISTIR UN CONYUGE VARON O UN HIJO INVALIDO, INDICARLO EN LA COLUMNA DE OBSERVACIONES.

**3. ACTIVIDAD LABORAL DEL TRABAJADOR EN CHILE**

NOMBRE DEL EMPLEADOR	PERIODO DESDE / HASTA								ACTIVIDAD DEL TRABAJADOR	REGIMEN PREVISIONAL (1) - (2)
	M	M	A	A	M	M	A	A		

**5. INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL BENEFICIO EN EL EXTRANJERO**

Nombre del Banco:	_____	
Dirección del Banco:	_____	Ciudad - País
Número de Cuenta:	_____	

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL SOLICITANTE

**6 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	_____								
	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> FECHA								

**7 ORGANISMO DE ENLACE**

NOMBRE:									
DIRECCION:									
SELLO / FIRMA	_____								
ORGANISMO DE ENLACE	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> FECHA								