

Form.
OP.2.77Convenio de Seguridad Social entre la
República Argentina y la República de Chile

Frente

Formulario de Solicitud

Fecha de Solicitud

Número de Expediente	Pensión por Vejez / Jubilación Ordinaria
Uruguay	Jubilación por Edad Avanzada
Chile	Prestación / Jubilación por Invalidez
Argentina	Incapacidad Temporal
Brasil	Pensión de Muerte / Sobreviviente / Fallecimiento / Derecho-Habiente
	Períodos Contributivos / Reconocimiento de Servicios / Estados de Cuenta
	Pensión de Vejez Anticipada

1 - Organismo de Enlace Destinatario

Tildar/Marcar	País	Nombre del Organismo
	Argentina	ANSES
	Brasil	INSS
	Chile	Spensiones
	Uruguay	BPS

2 - Datos Relativos al Asegurado

Apellido Paterno		Apellido Materno		Nombres	
Nombre del Padre			Nombre de la Madre		
Lugar de Nacimiento - Localidad		Estado/Provincia/Departamento		País	
Fecha de Nacimiento		Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>			
Estado Civil	Soltero <input type="checkbox"/>	Casado <input type="checkbox"/>	Viudo <input type="checkbox"/>	Divorciado <input type="checkbox"/>	Separado de Hecho <input type="checkbox"/>
Tipo de Certificado	Tomo	Libro	Folio	Fecha de Expedición	Nº de Documento
Tipo de Documento	Fecha de Expedición	Número	País de Expedición	Apellido y Nombre Completo como figura en el Docum.	
			Argentina*		
			Brasil		
			Chile**		
			Uruguay		
Nº de Afiliación o Seguro	Uruguay		Chile		
	Argentina		Brasil		
Fecha de Llegada al País de Ocupación:					
Dirección					
Calle		Nº	Piso/Depto.	Localidad/Comuna	
CP	Provincia/Estado/Depto./Ciudad			País	
Nº de Teléfono			Correo Electrónico		

(*) Para Argentina completar CUIL/CUIT, asimismo para quienes hayan trabajado en Argentina antes de junio de 1994 informar además cédula de identidad

** Para Chile completar RUT.

3 - Completar en Caso de Pensión por Fallecimiento de un Asegurado

Fecha de Fallecimiento		Lugar de Fallecimiento (Ciudad y País)			
N° de Certificado de Defunción	Tomo	Libro	Folio	Fecha de Expedición	
Causa del Fallecimiento					
Enfermedad Común <input type="checkbox"/>		Accidente de Trabajo <input type="checkbox"/>		Enfermedad Profesional <input type="checkbox"/>	
				Accidente no Laboral <input type="checkbox"/>	
Era Titular de un a Prestación o Beneficio <input type="checkbox"/>			Había Solicitado una Prestación o Beneficio <input type="checkbox"/>		
Tipo de Prestación o Beneficio					
Entidad Otorgante					
País					
N° de Identificación de la Prestación o Solicitud					
Fecha de Cobro Inicial					
Última Cuantía Mensual (Monto y Fecha)					

4 - Datos Relativos al Solicitante en Caso de Supervivencia - Pensión Derecho Habiente

Tipo de Documento	Fecha de Expedición	Número	País de Expedición	Apellido y Nombre Completo como figura en el Docum	
			Argentina*		
			Chile**		
			Uruguay		
Apellido Paterno		Apellido Materno		Nombres	
Nombre del Padre			Nombre de la Madre		
Lugar de Nacimiento - Localidad		Estado/Provincia/Departamento		País	
Fecha de Nacimiento		Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		Nacionalidad	
Estado Civil	Soltero <input type="checkbox"/>	Casado <input type="checkbox"/>	Viuudo <input type="checkbox"/>	Divorciado <input type="checkbox"/>	Separado de Hecho <input type="checkbox"/>
Tipo de Certificado	Tomo	Libro	Folio	Fecha de Expedición	N° de Documento
N° de Afiliación o Seguro		Uruguay		Chile	
		Argentina		Brasil	
Relación con el Asegurado					
Fecha de Matrimonio		Estado/Provincia/Depto.		País	
Fecha de Llegada al País de Ocupación					
Dirección - Calle			N°	Piso/Depto.	Localidad/Comuna
CP	Provincia/Estado/Ciudad				País
N° de Teléfono			Correo Electrónico/E-mail		

* En caso de Cédula de Identidad indicar Provincia Emisora.

** Para Chile completar RUT.

5 - Datos Relativos al Apoderado o Representante Legal para Tramitar (si corresponde)

Apellido Paterno		Apellido Materno		Nombres	
Dirección - Calle			N°	Piso/Depto.	Localidad/Comuna
CP	Provincia/Estado/Departamento/Ciudad				País
N° de Teléfono			Correo Electrónico/E-mail		
Tipo de Documento	Fecha de Expedición	Número	País de Expedición	Apellido y Nombre Completo como figura en el Docum	
			Argentina*		
			Chile**		
			Uruguay		

* En caso de Cédula de Identidad indicar Provincia Emisora.

** Para Chile completar RUT.

6 - Declaración de Actividades

Empresa	N° de Afiliación Inscripción	Dirección	País	Actividad	Periodos		Entidad Gestora Previsional ***
					Desde	Hasta	
					___/___/___	___/___/___	
					___/___/___	___/___/___	
					___/___/___	___/___/___	
					___/___/___	___/___/___	
					___/___/___	___/___/___	
					___/___/___	___/___/___	
					___/___/___	___/___/___	
					___/___/___	___/___/___	
					___/___/___	___/___/___	
					___/___/___	___/___/___	

*** En el caso de Chile indicar AFP o IPS (Ex-Cajast)

7 - Datos Relativos a una Prestación por Invalidez

Se Deberá Llenar el Anexo Mer_Invalidez

8 - Datos Relativos a los Familiares y Asimilados del Asegurado

Apellidos	Nombres	Fecha y Lugar de Nacim.	Doc. Tipo y N° País Emis.	Depend. Económica	Parentesco	Incapaci- tado	Conviv. c/ el Aseg.*	Escolaridad
		___/___/___						
		___/___/___						
		___/___/___						
		___/___/___						
		___/___/___						
		___/___/___						
		___/___/___						
		___/___/___						
		___/___/___						
		___/___/___						

(*) En caso negativo indicar país de Residencia: _____

Fecha: ___/___/___

Firma del Solicitante

Firma y Sello del Funcionario Operativo

Autorizo la transmisión electrónica de los datos informados en este formulario, para la tramitación de prestaciones invocadas conforme al Convenio de Seguridad Social entre Chile y Argentina.

Firma del Solicitante

Firma y Sello del Funcionario Operativo

9 - Información para el Pago del Beneficio en el Extranjero

Titular de la Cuenta:	Ciudad - País
Nombre del Banco:	
Dirección del Banco:	
Nº de Cuenta	
Código Swift	

10 - Organismo de Enlace Remitente

Denominación	
Dirección	
Nº de Teléfono	Correo Electrónico/E-mail

Fecha ____ / ____ / ____

Firma y Sello del Organismo de Enlace