

# SUPERINTENDENCIA DE SEGURIDAD SOCIAL

DEPARTAMENTO JURIDICO  
N.M.W.

FU

**MATRIZ**

C I R C U L A R N° 798

Santiago, septiembre 20 de 1982

IMPARTE INSTRUCCIONES PARA LA APLICACION DEL D.S. N° 412, DE 25 DE MAYO DE 1982, DEL MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES, PUBLICADO EN EL D. O. 31.137, DE 16 DE JULIO DE 1982, QUE PROMULGA EL ACUERDO ADMINISTRATIVO PARA LA APLICACION DEL CONVENIO HISPANO CHILENO DE SEGURIDAD SOCIAL.

En el Diario Oficial de 16 de julio de 1982, fue publicado el Decreto Supremo N° 412, de 25 de mayo de 1982, del Ministerio de Relaciones Exteriores, por el cual se promulga el Acuerdo Administrativo para la aplicación del Convenio Hispano Chileno de Seguridad Social, que fue aprobado por Decreto Supremo N° 400, del Ministerio de Relaciones Exteriores, publicado en el Diario Oficial de 14 de julio de 1980.

Para la adecuada aplicación de las normas de los instrumentos señalados, por parte de las cajas de previsión que administran los regímenes enumerados en el artículo 2.1 B) del Convenio y atendido a que esta aplicación está implementada por dieciocho formularios que deben manejar las referidas cajas, el Superintendente infrascrito ha estimado necesario impartir las siguientes instrucciones:

1.- Personas protegidas.

- a) Trabajadores chilenos en estadía temporal o residentes en España y sus familiares;
- b) Trabajadores españoles en estadía temporal o residentes en Chile y sus familiares;
- c) Pensionados chilenos en residencia habitual en España y sus familiares;
- d) Pensionados españoles en residencia habitual en Chile y sus familiares;

2.- Beneficios cuyo otorgamiento está reglamentado en el Acuerdo Administrativo respectivo y que corresponde tramitar a las entidades gestoras.-

- 1.- Pensiones por vejez, invalidez y supervivencia;
- 2.- Asistencia sanitaria y prestaciones por enfermedad;
- 3.- Prestaciones familiares;
- 4.- Prestaciones por defunción

3.- Procedimientos de acceso a los beneficios y trámites que deben efectuar de oficio las instituciones gestoras respectivas.

Para solicitar los beneficios señalados en el punto anterior, los interesados deben concurrir a las entidades gestoras respectivas y cumplir en ellas los formularios que se han diseñado para el efecto, que son los siguientes:

- 1) Para pensiones por vejez, invalidez y supervivencia se utilizará el formulario / E- CHL / 03.
  - En los casos de pensiones por invalidez, la institución competente complementará la solicitud del interesado con el formulario E- CHL/04
  - Si el interesado opta por obtener pensiones sobre la base de las cotizaciones que registra en uno solo de los países Partes, lo indicará así en el formulario E- CHL/05
  - En este caso, la institución competente comunicará esta opción a esta Superintendencia, mediante el formulario E- CHL/06
- 2) Para asistencia sanitaria y prestaciones por enfermedad se utilizarán los formularios E-CHL/02, 08, 09, 11, 12 y/o 13, según los casos.
  - Trámites internos y externos en relación con estos beneficios.
  - a) La institución competente deberá comunicar el comienzo, prolongación y fin de la incapacidad del beneficiario de asistencia sanitaria, mediante el formulario E-CHL/13;
  - b) La suspensión del derecho a asistencia sanitaria a pensionados en residencia habitual, será comunicada por la Institución competente mediante el formulario E-CHL/10;
  - c) En aquellos casos en que sea procedente el reembolso de los gastos por asistencia sanitaria, la institución competente deberá cumplir el formulario / E-CHL/14 y remitirlo a esta Superintendencia;

d) Al término de cada año, las instituciones competentes deberán remitir a esta Superintendencia el Inventario Anual de cuotas globales, pagadas por concepto de asistencia sanitaria, utilizando para ello el formulario E-CHL/15.

3.- Para prestaciones familiares se utilizarán los formularios E-CHL/02, 16 y 17.

- La variación o extinción del derecho a prestaciones familiares deberá ser comunicada por la institución competente mediante el formulario E-CHL/18.

4.- Para prestaciones por defunción se utilizarán el formulario 02, cuando fuere necesario.

- Una vez otorgada la prestación antedicha, la institución competente deberá comunicarlo a la correlativa del otro Estado Parte, mediante el formulario E-CHL/07.

Las presentes instrucciones no se refieren a las prestaciones por desempleo contempladas en el capítulo VI del Convenio, porque éstas serán materia de un Acuerdo Administrativo especial.

Saluda atentamente a Ud.,



*Elisabetta Gaete Meyerholz*  
ELENNA GAETE MEYERHOLZ  
SUPERINTENDENTE SUBROGANTE

DISTRIBUCION

- CANAEMPU.
- EMPART.
- SERSESO.
- CAPREMER.
- CAJAS MUNICIP.
- CAJA DE PREV. HIP. NAC.
- CAPREFERRO.

CONVENIO ENTRE ESPAÑA Y LA REPUBLICA DE CHILE  
SOBRE SEGURIDAD SOCIAL

CERTIFICADO DE DESPLAZAMIENTO

Artículos 6, 19.1 y 22.1 del Convenio

Artículos 4, 17 y 25.1 del Acuerdo

El presente certificado será extendido en cinco ejemplares, de los cuales, uno quedará en posesión de la Institución competente; dos ejemplares serán remitidos a la empresa -uno de los cuales será entregado al trabajador- y los otros dos restantes se harán llegar al Organismo de Enlace de la otra Parte Contratante.

1 Trabajador

1.1	1er. apellido	2º. apellido	Nombre
1.2	Nombre del padre	Nombre de la madre	
1.3	Fecha de nacimiento	Nacionalidad	
1.4	Dirección habitual (1)		
1.5	Número de afiliación	en Chile	
		en España	
1.6	Nº. Cédula de identidad en Chile		

2 Miembros de la familia que acompañan al trabajador

2.1	Apellidos	Nombre	Fecha del nacimiento

3 Empresario

3.1	Nombre o razón social		
3.2	Nº. de inscripción	En España	
		En Chile	
3.3	Nº. de R.U.T. en Chile		
3.4	Dirección (1)		

4. El trabajador designado ha sido desplazado por un período que va probablemente:

de \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

4.1  en el establecimiento que se cita en el apartado 5 (2)

sobre la embarcación que se cita en el apartado 5 (2)

5 Empresa a la que ha sido destacado el trabajador

5.1 Nombre o razón social \_\_\_\_\_

5.2 Dirección (1) \_\_\_\_\_

6. El interesado queda sometido por este período a la legislación del país donde la empresa tiene su sede, conforme al artículo 4 del Acuerdo, y tendrá derecho, para él y los miembros de su familia que le acompañen, a la asistencia sanitaria a cargo de la Institución competente que figura en el apartado 7.

7 Institución competente del país donde la empresa tiene su sede

7.1 Denominación \_\_\_\_\_

7.2 Dirección (1) \_\_\_\_\_

7.3 Sello

7.4 Fecha \_\_\_\_\_

7.5 Firma autorizada \_\_\_\_\_

8 Institución aseguradora para Accidentes de trabajo

8.1 Denominación \_\_\_\_\_

8.2 Dirección (1) \_\_\_\_\_

8.3 Sello

8.4 Fecha \_\_\_\_\_

8.5 Firma autorizada \_\_\_\_\_

El formulario debe ser relleno en caracteres de imprenta

(1) Código postal, localidad, calle, número, país.

(2) Poner un aspa en el recuadro que corresponda.

CONVENIO ENTRE ESPAÑA Y LA REPUBLICA DE CHILE  
SOBRE SEGURIDAD SOCIAL

CERTIFICADO DE PERIODOS DE SEGURO PARA SU TOTALIZACION

Artículos 18, 21.4 y 25.1 del Convenio  
Artículo 14 del Acuerdo Administrativo

El presente formulario, cuando no fuese entregado directamente al propio trabajador, será dirigido en duplicado ejemplar por la Institución competente a la que se hubiera dado de alta el trabajador, a la Institución competente de la otra Parte a la que dicho trabajador hubiese estado antes afiliado, la cual devolverá un ejemplar debidamente cumplimentado. (?)

1 Datos relativos al asegurado

1.1 1er. apellido \_\_\_\_\_ 2º. apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_

1.2 Nombre del padre \_\_\_\_\_ Nombre de la madre \_\_\_\_\_

1.3 Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Nacionalidad \_\_\_\_\_

1.4 Dirección habitual (1) \_\_\_\_\_

1.5 Número de afiliación: En Chile \_\_\_\_\_

En España \_\_\_\_\_

1.6 Núm. Cédula de identidad en Chile \_\_\_\_\_

2 El interesado manifiesta que durante su permanencia en \_\_\_\_\_

(2) ha trabajado en las siguientes empresas:

\_\_\_\_\_ en \_\_\_\_\_ desde \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ en \_\_\_\_\_ desde \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ en \_\_\_\_\_ desde \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_

3 La Institución competente en la que se encuentra actualmente afiliado el trabajador mencionado en el apartado 1, solicita se certifiquen los períodos de seguro y/o equivalentes desde \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_ a efectos de:

asistencia sanitaria

Prestaciones por enfermedad

Prestaciones familiares

Prestaciones por defunción

4 Institución solicitante

4.1 Denominación \_\_\_\_\_

4.2 Dirección (1) \_\_\_\_\_

4.3 Sello

4.4 Fecha \_\_\_\_\_

4.5 Firma autorizada

5 Se certifica: que el trabajador mencionado en el apartado 1, ha cumplido en \_\_\_\_\_ (2) los períodos de seguro que a continuación se indican, que pueden ser tomados en cuenta a los efectos indicados en el apartado 3:

Períodos	Períodos de seguro		
	Cotización		Equivalente
	Obligatorio	Voluntario	
Desde _____ hasta _____			
Desde _____ hasta _____			
Desde _____ hasta _____			
Desde _____ hasta _____			

Representa un total de años \_\_\_\_\_ meses \_\_\_\_\_ días \_\_\_\_\_

6 Institución que acredita los períodos de Seguro

6.1 Denominación \_\_\_\_\_

6.2 Dirección (1) \_\_\_\_\_

6.3 Sello

6.4 Fecha \_\_\_\_\_

6.5 Firma autorizada

(1) Código postal, Localidad, calle, número, país

(2) Indíquese Chile o España según se trate.

CONVENIO ENTRE ESPAÑA Y LA REPUBLICA DE CHILE SOBRE SEGURIDAD SOCIAL

- VEJEZ
- INVALIDEZ
- SOBREVIVIENTES

FORMULARIO DE COMUNICACION DE SOLICITUD DE PRESTACIONES POR (1)

Artºs. 12, 16 y 17 del Convenio  
 Artºs. 7, 8 y 9 del Acuerdo Administrativo

Nº. Exp.	En España _____
	En Chile _____

*para...*

1 Organismo de Enlace destinatario

---

1.1 Denominación \_\_\_\_\_

1.2 Dirección \_\_\_\_\_

2 Datos relativos al solicitante

2.1 1er. apellido	2º. apellido	Nombre
_____	_____	_____
2.2 Nombre del padre	Nombre de la madre	
_____	_____	
2.3 Lugar de nacimiento	Fecha	Sexo
_____	_____	_____
2.4 Nacionalidad	_____	
2.5 Estado civil	_____	
2.6 Número de afiliación:	En Chile _____ /	En España _____
2.7 Cédula de Identidad en Chile	_____	
2.8 Parentesco con el asegurado	_____	
2.9 Domicilio	_____	

1) Márquese con una cruz el recuadro correspondiente.

3 Datos relativos al asegurado

3.1 1er. apellido \_\_\_\_\_ 2º. apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_

3.2 Nombre del padre \_\_\_\_\_ Nombre de la madre \_\_\_\_\_

3.3 Lugar de nacimiento \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_

3.4 Nacionalidad \_\_\_\_\_ 3.5 Estado civil \_\_\_\_\_

3.6 Fecha de fallecimiento \_\_\_\_\_ Lugar de fallecimiento \_\_\_\_\_

3.7 Número de afiliación: En Chile \_\_\_\_\_  
En España \_\_\_\_\_

3.8 Cédula de Identidad en Chile \_\_\_\_\_

Declaración de actividades en Chile

Empresa	Domicilio	Actividad	Períodos		Entidad Gestora	
			Desde	Hasta	Denominación	Nº afiliación

5 Declaración de actividades en España

Empresa	Domicilio	Actividad	Períodos	
			Desde	Hasta

6 Entidad Gestora remitente

6.1 Denominación \_\_\_\_\_

6.2 Dirección \_\_\_\_\_

6.3 Sello \_\_\_\_\_ 6.4 Fecha \_\_\_\_\_

6.5 Firma: \_\_\_\_\_

## ACUERDO ENTRE ESPAÑA Y LA REPUBLICA DE CHILE SOBRE SEGURIDAD SOCIAL

## DICTAMEN MEDICO

(Anexo al formulario de comunicación de solicitud  
de prestaciones por Invalidez)

Artº. 7,2 del Acuerdo Administrativo

Nº Exp.	España _____
	Chile _____

1 Organismo de Enlace

1.1 Denominación \_\_\_\_\_

1.2 Dirección \_\_\_\_\_

2 Datos relativos al solicitante

2.1 1er. apellido	2º. apellido	Nombre
_____	_____	_____
2.2 Nombre del padre	Nombre de la madre	
_____	_____	
2.3 Lugar de nacimiento	Fecha	Sexo
_____	_____	_____
2.4 Nacionalidad	_____	
2.5 Estado civil	_____	
2.6 Número de afiliación:	En Chile _____	/ En España _____
2.7 Cédula de identidad en Chile	_____	
2.8 Parentesco con el asegurado	_____	
2.9 Domicilio	_____	

3 Antecedentes personales y familiares

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Enfermedad actual

Quejas del interesado, comienzo de la afección, evolución, terapia aplicada hasta el momento.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Observaciones objetivas

- 1 Estado general \_\_\_\_\_
- 2 Talla \_\_\_\_\_ Peso \_\_\_\_\_
- 3 Aspecto general (senil, sosegado, agitado) \_\_\_\_\_
- 4 Constitución (fuerte, mediana, débil) \_\_\_\_\_
- 5 Conservación \_\_\_\_\_ Forma de andar \_\_\_\_\_
- 6 Movimientos \_\_\_\_\_
- 7 Musculatura \_\_\_\_\_
- 8 Coloración de las mucosas \_\_\_\_\_
- 9 Cutis (pálido, enrojecido) \_\_\_\_\_
- 10 Estado de la boca y dientes \_\_\_\_\_

6 Organos sensoriales

Oído \_\_\_\_\_

Vista \_\_\_\_\_

Olfato \_\_\_\_\_

7 Aparato respiratorio

7.1 Vías respiratorias superiores, pulmones, perímetro torácico, aspecto del tórax, examen macroscópico y microscópico del esputo, investigación de B.K., examen radiológico, etc.

7.2 Protocolo del examen radiológico con indicación de la fecha:

7.3 Otras indicaciones:

Aparato circulatorio.

7.1 Situación, límites, tonos, ictus:

8.2 Pulso/tensión arterial (RR en reposo y después de un esfuerzo, ción de la vuelta a la normalidad):

---

---

8.3 Vasos (pulso del pié, varices, edemas)

---

---

8.4 Informe del examen electrocardiográfico, con indicación de la fecha

---

---

---

---

8.5 Informe del examen electrooscilográfico, con indicación de la fecha

---

---

---

---

Aparato digestivo.

1 Paredes abdominales, hernias, palpitación del abdomen, cicatrices de intervenciones quirúrgicas, hígado y bazo.

---

---

---

---

2 Informe de los exámenes radiográficos, con indicación de la fecha.

---

---

---

---

0 Aparato locomotriz

0.1 Huesos, músculos, conformación y movilidad de las articulaciones y de la columna vertebral. Lesègue, medidas comparadas de los miembros, indicación en grados de la reducción funcional eventual de los movimientos articulatorios.

Aparato genito-urinario

Resultado del análisis de orina y de otros eventuales análisis (uremia, pielografía, examen ginecológico, etc)

Sistema nervioso y psíquico

1 Reflejos pupilares y peripatéticos, paresias, parálisis, alteraciones importantes de la sensibilidad, particularidades relativas al estado psíquico.

2 Informe del electrodiagnóstico o electroencefalograma

Otros aparatos y sistemas

4. Análisis de sangre, con indicación de la fecha

Tasa de hemoglobina y número de eritrocitos.

5 Otros resultados de los análisis, con indicación de la fecha.

Sedimentación, reacción para el diagnóstico de la sífilis.

5 Diagnóstico clínico razonado

Porcentaje de invalidez reconocido.

Comienzo de la invalidez actual.

9

¿Cuál es la incapacidad para el trabajo últimamente ejercido?

6  
¿Cuál es la incapacidad para cualquier otro trabajo, que corresponda a las aptitudes del interesado?

La invalidez ¿es provisional o definitiva?

La invalidez por la que está afectado ¿se puede considerar como Permanente Parcial? (se entiende por tal la que produce al trabajador una disminución, al menos, del 33% de su capacidad de ganancial en su profesión habitual).

La invalidez por la que está afectado ¿puede considerarse como Permanente Total? (se entiende por tal la que inhabilita al trabajador para la realización de todas o de las tareas fundamentales de su profesión habitual, aunque pueda dedicarse a otra profesión).

24

La invalidez por la que está afectado ¿puede considerarse como Per-  
manente Absoluta? (es la que incapacita por completo al Trabajador  
para la realización de toda profesión u oficio)

25

La invalidez por la que está afectado ¿puede considerarse como Gran  
Invalidez? (es decir, aquella por la que el trabajador afectado de  
incapacidad Permanente Absoluta y como consecuencia de pérdidas an-  
atómicas o funcionales, necesita la asistencia de otra persona para  
realizar los actos más esenciales de la vida).

26

¿Cuándo está previsto un nuevo reconocimiento?

7

Otras observaciones:

Realizado en \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

MEDICO QUE EMITE EL INFORME

8

Apellidos

Nombre

8.1

\_\_\_\_\_

8.2

Dirección

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

CONVENIO ENTRE ESPAÑA Y LA REPUBLICA DE CHILE  
SOBRE SEGURIDAD SOCIAL

NOTIFICACION DE PRESTACIONES PARA EL DERECHO DE OPCION

Artículo 15 del Convenio  
Artículo 10 del Acuerdo Administrativo

Nº. Expt. España \_\_\_\_\_  
Chile \_\_\_\_\_

	1 Pensiones por totalización de períodos		2 Pensiones por aplicación de legislaciones separadas	
	Importe	A partir de	Importe	A partir de
cargo de ESPAÑA				
cargo de CHILE				

Por favor, elija Vd. y notifíquenos su decisión enviando debidamente cumplimentado el siguiente formulario. No olvide firmar el mismo:

Si no recibimos su decisión en el plazo de 30 días se resolverá su expediente por ..... al considerar que es la fórmula más beneficiosa para Vd. (artº. 10 del Acuerdo administrativo).

CONVENIO HISPANO - CHILENO

Beneficiario D. \_\_\_\_\_ Expt. nº \_\_\_\_\_

OPCION

El que suscribe opta por lo siguiente:

- Pensiones por totalización de períodos. (Señálese con una x el recuadro que interese)
- Pensiones por aplicación de legislaciones separadas.

Lugar, fecha y firma: \_\_\_\_\_

CONVENIO ENTRE ESPAÑA Y LA REPUBLICA DE CHILE  
SOBRE SEGURIDAD SOCIAL

NOTIFICACION DEL DERECHO DE OPCION

Artículo 11 del Acuerdo Administrativo

El presente formulario será remitido por la Institución de instrucción a su Organismo de Enlace tan pronto reciba la comunicación del interesado notificando la opción ejercitada. Este Organismo de Enlace lo remitirá sin demora al Organismo de Enlace de la otra Parte.

Nº. Expt.	España	_____
	Chile	_____

1 Institución competente de la otra Parte

1.1 Denominación \_\_\_\_\_

1.2 Dirección \_\_\_\_\_

2 Datos relativos al beneficiario

2.1 1er. apellido	2º. apellido	Nombre
-------------------	--------------	--------

2.2 Nombre del padre	Nombre de la madre
----------------------	--------------------

2.3 Lugar de nacimiento	Fecha
-------------------------	-------

2.4 Nacionalidad \_\_\_\_\_

2.5 Número de afiliación: En España \_\_\_\_\_  
En Chile \_\_\_\_\_

2.6 Nº. de R.U.T. en Chile. \_\_\_\_\_

2.7 Dirección \_\_\_\_\_

3. Esta Institución informa que con fecha \_\_\_\_\_ le fué hecha la notificación de prestaciones para el derecho de opción al beneficiario que se menciona en el apartado 2, quién: (1)

ha optado en virtud del Artículo 15 del Convenio por \_\_\_\_\_

No ha ejercitado el derecho de opción en el plazo de 30 días a partir de la fecha de notificación, por lo que se resolverá el expediente por .....  
(Artº. 10,2 del Acuerdo Administrativo.)

(1) Márquese con una X el recuadro precedente.

4 Institución de Instrucción

---

4.1 Denominación \_\_\_\_\_

4.2 Dirección \_\_\_\_\_

4.3 Sello : \_\_\_\_\_

4.4 Fecha \_\_\_\_\_

4.5 Firma autorizada \_\_\_\_\_

---

CONVENIO ENTRE ESPAÑA Y LA REPUBLICA DE CHILE  
SOBRE SEGURIDAD SOCIAL

NOTIFICACION DE LA CONCESION DE LA PRESTACION POR DEFUNCION

Artículo 2º del Acuerdo Administrativo

El presente formulario será remitido por la Institución que haya otorgado la prestación por defunción al Organismo de Enlace de la otra parte para que éste lo ponga en conocimiento de la Institución competente al objeto de evitar la duplicidad de prestaciones.

Institución destinataria \_\_\_\_\_

Denominación \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Causante de la prestación por defunción

1. 1er. apellido \_\_\_\_\_

2º. apellido \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_

2. Número de afiliación \_\_\_\_\_

3. Fecha del fallecimiento \_\_\_\_\_

4. Causa del fallecimiento \_\_\_\_\_

Enfermedad       Accidente       Accidente de Trabajo  
 Enfermedad profesional       Otras causas

Beneficiario de la prestación por defunción

1. 1er. apellido \_\_\_\_\_

2º. apellido \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_

Relación de parentesco con el difunto \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Se notifica, para evitar la duplicidad de prestaciones, que la persona señalada en el apartado 3 ha percibido como prestación por defunción causada por la persona mencionada en el apartado 2 la cantidad de \_\_\_\_\_ Pts./ pesos. chilenos.

Institución que ha pagado la prestación por defunción

Denominación \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Sello \_\_\_\_\_

5.4. Fecha \_\_\_\_\_

5.5. Firma \_\_\_\_\_

CONVENIO ENTRE ESPAÑA Y LA REPUBLICA DE CHILE  
SOBRE SEGURIDAD SOCIAL

CERTIFICADO DE DERECHO A ASISTENCIA SANITARIA EN ESTANCIA TEMPORAL

Artículo 19.1 y 19.3 del Convenio  
Artículo 18 del Acuerdo Administrativo

El presente formulario será cumplimentado en duplicado ejemplar por la Institución de afiliación a solicitud del trabajador o pensionista y - los miembros de su familia y deberá ser presentada ante la Institución del lugar de estancia temporal.

1  Datos relativos al trabajador  Pensionista  (2)

1.1 1er. apellido \_\_\_\_\_ 2º. apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_

1.2 Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ 1.3 Nacionalidad \_\_\_\_\_ 1.4 Estado civil \_\_\_\_\_

5 Número de afiliación: en Chile \_\_\_\_\_  
en España \_\_\_\_\_

1.6 Nº. de cédula de identidad en Chile \_\_\_\_\_

1.7 Dirección \_\_\_\_\_

2 Miembros de la familia que le acompañen

2.1 1er.apellido	2º.apellido	Nombre	2.2 Fecha de nacimiento
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

3 Se certifica que las personas precitadas, cumplen las condiciones para beneficiarse de asistencia sanitaria durante su estancia temporal en \_\_\_\_\_ (1)

para los casos que se presenten hasta el \_\_\_\_\_ con duración máxima hasta el \_\_\_\_\_.

Domicilio durante la estancia temporal \_\_\_\_\_

Motivo de la estancia temporal \_\_\_\_\_

(1) Indíquese España o Chile según el caso.  
 (2) Poner una X en el recuadro que corresponda.

4 | Institución de afiliación

---

4.1 Denominación

---

4.2 Dirección

---

4.3 Sello

4.4 Fecha

---

4.5 Firma autorizada

---

CONVENIO ENTRE ESPAÑA Y LA REPUBLICA DE CHILE  
SOBRE SEGURIDAD SOCIAL

CERTIFICADO DE DERECHO A ASISTENCIA SANITARIA A PENSIONISTAS  
EN RESIDENCIA HABITUAL

Artículo 19.3 del Convenio  
Artículo 16.1 del Acuerdo Administrativo

El presente formulario será cumplimentado en su Parte A, y en duplicado ejemplar por la Institución Competente del Estado por cuya legislación hubiese sido concedida exclusivamente la pensión, la cual entregará dos ejemplares al pensionista con residencia habitual en el territorio del otro Estado para que éste los presente a la Institución Competente del lugar de residencia habitual; o los remitirá directamente a ésta si este formulario hubiese sido extendido a instancia de la misma, la cual devolverá cuanto antes un ejemplar cumplimentado en su Parte B, a la Institución Competente en la que el pensionista estuviese asegurado.

Parte A

1 Datos relativos al Pensionista por \_\_\_\_\_ (2)

1.1	1er. apellido	2º. apellido	Nombre
1.2	Nombre del padre	Nombre de la madre	
1.3	Fecha de nacimiento	Nacionalidad	
1.4	Dirección habitual (1)		
1.5	Número de afiliación	En Chile	
		En España	
1.6	Nº. de cédula de identidad en Chile		

2 Miembros de la familia que le acompañan

2.1	1er. apellido	2º. apellido	Nombre	2.2	Fecha de nacimiento
	_____	_____	_____		_____
	_____	_____	_____		_____
	_____	_____	_____		_____
2.3	Dirección en el país de nueva residencia (1)				
	_____				

3. Se certifica que las personas precitadas, cumplen las condiciones para beneficiarse de asistencia sanitaria

durante su residencia habitual en \_\_\_\_\_ (1)

en el período comprendido desde \_\_\_\_\_ hasta que sea comunicada la supresión del derecho a asistencia sanitaria mediante el formulario E-CHL/10.

4	Institución competente	
4.1	Denominación	_____
4.2	Dirección	_____
4.3	Sello	_____
	4.4	Fecha _____
	4.5	Firma autorizada _____

Parte 3

5. El pensionista y los miembros de su familia designados en el cuadro 1 y 2

5.1 Se han inscrito en la Institución designada en el cuadro 6, con fecha \_\_\_\_\_.

5.2 El derecho a la asistencia sanitaria comienza el \_\_\_\_\_ (fecha que figura en el punto 3. de este formulario).

5.3 No se pueden inscribir en la Institución del lugar de residencia porque (2)

(2) Especialmente cuando exista un derecho propio a prestaciones en virtud de la legislación del país de residencia.

6	Institución del lugar de residencia.	
6.1	Denominación	_____
6.2	Dirección	_____
6.3	Sello	_____
	6.4	Fecha _____
	6.5	Firma autorizada _____

(1) Indíquese España o Chile según el caso.

(2) Indíquese clase de pensión.

CONVENIO ENTRE ESPAÑA Y LA REPUBLICA DE CHILE  
SOBRE SEGURIDAD SOCIAL

CERTIFICADO DE SUSPENSION DEL DERECHO A LA ASISTENCIA SANITARIA  
A PENSIONISTAS

Artículo 16.1 del Acuerdo Administrativo

El presente formulario será cumplimentado por la Institución competente que expidió el certificado E-CHL/09 remitido a la Institución competente del otro Estado en la que se inscribió a efectos de recibir asistencia sanitaria el pensionista y los miembros de su familia.

1 Institución competente destinataria

1.1 Denominación	_____
1.2 Dirección (1)	_____

Datos relativos al pensionista por \_\_\_\_\_ (2)

2.1 1er. apellido	_____	2º. apellido	_____	Nombre	_____
2.2 Nombre del padre	_____	Nombre de la madre	_____		
2.3 Fecha de nacimiento	_____	Nacionalidad	_____		
2.4 Dirección habitual (1)	_____				
2.5 Número de afiliación	_____	en Chile	_____		
	_____	en España	_____		
2.6 Nº. de cédula de identidad en Chile	_____				

Miembros de la familia que le acompañaban

3.1 1er. apellido	_____	2º. apellido	_____	Nombre	_____	3.2 Fecha de nacimiento	_____
	_____		_____		_____		_____
	_____		_____		_____		_____

3.3 Dirección en el país de nueva residencia (1)

\_\_\_\_\_

4. El derecho a asistencia sanitaria certificado por el formulario E-CHL/09 de fecha \_\_\_\_\_ ha sido suspendido o suprimido porque:

- la pensión del titular ha sido suspendida o suprimida desde \_\_\_\_\_
- El pensionista y los miembros de su familia ya no residen en el territorio de ese Estado \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

5 Institución competente

5.1 Denominación \_\_\_\_\_

5.2 Dirección (1) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

5.3 Sello

5.4 Fecha \_\_\_\_\_

5.5 Firma autorizada  
\_\_\_\_\_

(1) Calle, número, código postal, localidad, provincia, país.

(2) Indicar clase de pensión

CONVENIO ENTRE ESPAÑA Y LA REPUBLICA DE CHILE  
SOBRE SEGURIDAD SOCIAL

CERTIFICADO DE DERECHO A ASISTENCIA SANITARIA A LOS FAMILIARES  
DEL TRABAJADOR QUE RESIDAN EN EL TERRITORIO DEL OTRO ESTADO

Artículo 19.2 del Convenio  
Artículo 15 del Acuerdo Administrativo

El presente formulario será cumplimentado en duplicado ejemplar por la Institución competente del país de afiliación. Un ejemplar será entregado al trabajador para que lo haga llegar a la Institución competente del Estado de residencia de la familia cuando sea ésta la que lo haya solicitado. El segundo ejemplar lo conservará la Institución de afiliación para su constancia.

Datos relativos al trabajador

1.1	1er. apellido	2º. apellido	Nombre
1.2	Nombre del padre	Nombre de la madre	
1.3	Fecha de nacimiento	Nacionalidad	
1.4	Dirección habitual (1)		
1.5	Número de afiliación en Chile		
	en España		
1.6	Nº. de cédula de identidad en Chile		

Miembros de la familia

2.1	1er. apellido	2º. apellido	Nombre	2.2	Fecha de nacimiento
2.3	Dirección habitual de la familia (1)				

Se certifica que las personas precitadas que residen en \_\_\_\_\_ (2) cumplen las condiciones para beneficiarse de asistencia sanitaria en el período comprendido desde \_\_\_\_\_, con una duración máxima de 24 meses, siempre que no se notifique por esta Institución la extinción de este derecho antes de que llegue dicho término.

4 Institución competente

4.1 Denominación \_\_\_\_\_

4.2 Dirección (1) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4.3 Sello \_\_\_\_\_

4.4 Fecha \_\_\_\_\_

4.5 Firma autorizada \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

1) Calle, número, código postal, localidad, provincia, país.

2) Indíquese Chile o España, según proceda.

CONVENIO ENTRE ESPAÑA Y LA REPUBLICA DE CHILE  
SOBRE SEGURIDAD SOCIAL

SOLICITUD DE AUTORIZACION PARA LA CONCESION DE PROTESIS

Artículo 19.4 del Convenio

Artículos 19 y 20 del Acuerdo Administrativo

El presente formulario, cumplimentado en su parte A, será enviado por la Institución del lugar de estancia a la Institución competente que extendió el formulario de derecho, E-CHL/01  E-CHL/08  a fin de que ésta autorice la concesión de prótesis a un beneficiario suyo que se encuentre en estancia temporal en el territorio del otro Estado.

La Entidad competente devolverá, a la mayor brevedad, este formulario cumplimentado en su parte B.

1 Institución competente

1.1. Denominación \_\_\_\_\_

1.2. Dirección (1) \_\_\_\_\_

Parte A.

2 Datos relativos al trabajador

2.1 1er. apellido \_\_\_\_\_ 2º apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_

2.2 Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Nacionalidad \_\_\_\_\_

2.3 Dirección habitual (1) \_\_\_\_\_

en Chile \_\_\_\_\_

2.4 Número de afiliación \_\_\_\_\_

en España \_\_\_\_\_

2.5 Nº. de cédula de identidad en Chile \_\_\_\_\_

3 Miembro de la familia a quien afecta

3.1 1er. apellido \_\_\_\_\_ 2º. apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ 3.2 Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

4. Nuestros servicios médicos han reconocido para la persona designada en el apartado 1  / 2  (2) a quién fué expedido el formulario E-CHL/01  / E-CHL/07  (2) de fecha \_\_\_\_\_, la necesidad de la concesión de las prótesis \_\_\_\_\_ cuyo coste se eleva a: \_\_\_\_\_.

5. Las prótesis indicadas:

- (2)  serán concedidas previa autorización de la Institución competente.
- Han sido ya concedidas por razón de urgencia el día \_\_\_ de \_\_\_ de 198\_\_.

6 Institución del lugar de estancia

6.1 Denominación \_\_\_\_\_

6.2 Dirección (1) \_\_\_\_\_

6.3 Sello \_\_\_\_\_

6.4 Fecha \_\_\_\_\_

6.5 Firma autorizada \_\_\_\_\_

Parte B.

7. La Institución competente indicada en el apartado 8.

- (2)  autoriza la concesión de las prótesis solicitada (s).
- deniega la concesión de las prótesis solicitada (s) por las siguientes causas:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

8 Entidad competente

8.1 Denominación \_\_\_\_\_

8.2 Dirección (1) \_\_\_\_\_

8.3 Sello \_\_\_\_\_

8.4 Fecha \_\_\_\_\_

8.5 Firma autorizada \_\_\_\_\_

(1) Calle, número, código postal, localidad, provincia, país.

(2) Señálese con una x el recuadro que proceda.

CONVENIO ENTRE ESPAÑA Y LA REPUBLICA DE CHILE  
SOBRE SEGURIDAD SOCIAL

CERTIFICADO DE (1) COMIENZO, PROLONGACION Y FIN DE LA INCAPACIDAD  
A EFECTOS DE PRESTACIONES ECONOMICAS

Artículo 20 del Convenio

Artículo 21 del Acuerdo Administrativo

El presente formulario, acompañado en su caso del dictamen médico sobre la incapacidad para el trabajo, será remitido por la Institución del lugar de estancia temporal a la Institución competente del país de afiliación, que extendió el correspondiente formulario de derecho a prestación sanitaria.

1 Institución competente del país de afiliación

1.1 Denominación \_\_\_\_\_

1.2 Dirección (2) \_\_\_\_\_

2 Datos relativos al trabajador

2.1 1er. apellido \_\_\_\_\_ 2º. apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_

2.2 Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Nacionalidad \_\_\_\_\_

2.3 Dirección habitual (1) \_\_\_\_\_

en Chile \_\_\_\_\_

2.4 Número de afiliación \_\_\_\_\_

en España \_\_\_\_\_

2.5 Nº. de Cédula de identidad en Chile \_\_\_\_\_

3 Comienzo de la incapacidad de trabajo

Según resulta del informe del médico que le trata:

- 3.1 - el trabajador arriba mencionado, al que extendieron formulario  E-CHL/1 /  E-CHL/8 (3) de fecha \_\_\_\_\_, se encuentra incapacitado para el trabajo desde el día \_\_\_\_\_
- 3.2 - a causa de (diagnóstico) \_\_\_\_\_
- 3.3 - la incapacidad durará probablemente hasta el \_\_\_\_\_

4 Prolongación de la incapacidad de trabajo

4.1 En relación con nuestro formulario E-CHL/13 de fecha \_\_\_\_\_ les comunicamos que la incapacidad de trabajo inicialmente prevista se prolongará por causa de

- (3)  la misma enfermedad  
 la siguiente enfermedad (diagnóstico) \_\_\_\_\_

4.2 hasta \_\_\_\_\_

5 Fin de la incapacidad de trabajo

5.1 Como continuación de nuestro formulario E-CHL/13 de fecha \_\_\_\_\_ les notificamos que el trabajador anteriormente citado

5.2  ha recuperado la capacidad de trabajo a partir de \_\_\_\_\_

5.3  su estado de salud no le impide su regreso a \_\_\_\_\_

5.4 a partir de \_\_\_\_\_

6 Institución competente del lugar de estancia

6.1 Denominación \_\_\_\_\_

6.2 Dirección (2) \_\_\_\_\_

6.3 Sello

6.4 Fecha \_\_\_\_\_

6.5 Firma autorizada  
\_\_\_\_\_

(1) Cumplimentese el apartado 3, 4 ó 5 que corresponda a la clase de notificación.

(2) Calle, número, código postal, localidad, provincia, país.

(3) Señálese con una x el recuadro que proceda.

(4) Indíquese Chile o España según proceda.

CONVENIO ENTRE ESPAÑA Y LA REPUBLICA DE CHILE  
SOBRE SEGURIDAD SOCIAL

REEMBOLSO DE GASTOS REALES POR PRESTACIONES SANITARIAS Año \_\_\_\_\_

Artículo 19.5 del Convenio  
Artículo 22 y 23 del Acuerdo Administrativo

El presente formulario será cumplimentado por la Institución que ha ya concedido las prestaciones sanitarias y será remitido a su Organismo de Enlace para que éste lo haga llegar cuanto antes al Organismo de Enlace de la otra Parte contratante.

1 Institución competente deudora

1.1 Denominación \_\_\_\_\_

1.2 Dirección (1) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2 Datos relativos al trabajador  / pensionista  (2)

2.1 1er. apellido \_\_\_\_\_ 2º. apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_

2.2 Nombre del padre \_\_\_\_\_ Nombre de la madre \_\_\_\_\_

2.3 Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Nacionalidad \_\_\_\_\_

2.4 Dirección habitual (1) \_\_\_\_\_

2.5 Número de afiliación En Chile \_\_\_\_\_

En España \_\_\_\_\_

2.6 Nº. de cédula de identidad en Chile \_\_\_\_\_

3 Miembro de la familia

3.1 1er. apellido \_\_\_\_\_ 2º. apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

3.2 Dirección habitual de la familia (1) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4.1 La persona designada en el apartado 2  / apartado 3  (2) ha recibido las prestaciones sanitarias que se detallan en el apartado 5, reconocidas según el formulario E-CHL/1  / E-CHL/8  (2) de fecha \_\_\_\_\_ . Dichas prestaciones han sido concedidas durante el período comprendido desde \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_ .

5 Importe de los gastos realizados

- 5.1 Asistencia médico-sanitaria .....
- 5.2 Productos farmacéuticos .....
- 5.3 Hospitalización desde \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_ inclusive
- 5.4 Análisis, radiografías y otros exámenes .....
- 5.5 Otros gastos .....

6 Institución competente que ha concedido las prestaciones sanitarias

6.1 Denominación \_\_\_\_\_

6.2 Dirección (1) \_\_\_\_\_

3 Sello

6.4 Fecha \_\_\_\_\_

6.5 Firma autorizada

(1) Calle, número, código postal, localidad, provincia, país.

(2) Márquese con una x el cuadro que proceda.



CONVENIO ENTRE ESPAÑA Y LA REPUBLICA DE CHILE  
SOBRE SEGURIDAD SOCIAL

CERTIFICADO RELATIVO A LA SITUACION FAMILIAR DEL TRABAJADOR  
A EFECTOS DE PRESTACIONES FAMILIARES

Artículos 21.1 y 21.2 del Convenio

Artículos 24.1 y 24.2 del Acuerdo Administrativo

El presente formulario, expedido por la Institución competente del lugar de residencia de los familiares, será entregado al trabajador para que éste lo presente a la Institución de afiliación juntamente con la solicitud de prestaciones familiares.

1 Datos relativos al trabajador

1.1	1er. apellido	2º. apellido	Nombre
1.2	Nombre del padre	Nombre de la madre	
1.3	Fecha de nacimiento	Nacionalidad	
1.4	Dirección habitual (1)		
1.5	Nº. de afiliación	en CHILE	en ESPAÑA
1.6	Nº. de cédula de identidad en Chile		

2 Datos relativos a los familiares

2.1	1er.apellido	2º.apellido	Nombre	Fecha de nacimiento	Parentesco

2.2 Domicilio de la familia (1)

---

3 Datos relativos a la persona a cuyo cargo se encuentran los familiares

3.1	1er. apellido	2º. apellido	Nombre	Parentesco
3.2	Domicilio (1)			

CONVENIO ENTRE ESPAÑA Y LA REPUBLICA DE CHILE  
SOBRE SEGURIDAD SOCIAL

CERTIFICADO DE PAGO DE PRESTACIONES FAMILIARES

Artículo 21 del Convenio  
Artículo 24.4 y 24.5 del Acuerdo Administrativo

El presente formulario será remitido a la Institución competente del lugar de residencia de los familiares por la Institución competente de afiliación, bien a solicitud del propio trabajador, bien a instancia de la Institución del lugar de residencia, al objeto de que por ésta se proceda al abono de las prestaciones familiares a la persona a cuyo cargo se encuentran los familiares.

1 Institución competente del lugar de residencia de la familia

1.1 Denominación \_\_\_\_\_

1.2 Dirección (1) \_\_\_\_\_

2 Datos relativos al trabajador

2.1 1er. apellido \_\_\_\_\_ 2º. apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_

2.2 Nombre del padre \_\_\_\_\_ Nombre de la madre \_\_\_\_\_

2.3 Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Nacionalidad \_\_\_\_\_

2.4 Dirección habitual (1) \_\_\_\_\_

2.5 Número de afiliación en Chile \_\_\_\_\_  
en España \_\_\_\_\_

2.6 Nº. de cédula de identidad en Chile \_\_\_\_\_

3 Datos relativos a los familiares

3.1 1er. apellido 2º. apellido Nombre Fecha de nacimiento Parentesco

_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

3.2 Domicilio (1) \_\_\_\_\_

4 Datos relativos a la persona a cuyo cargo se encuentran los familiares

4.1 1er. apellido                      2º. apellido                      Nombre                      Parentesco

\_\_\_\_\_

4.2 Dirección (1) \_\_\_\_\_

5. Páguese a cargo de esta Institución a la persona indicada en el apartado 4 y por los miembros de la familia del trabajador que se enumeran en el apartado 3, la cantidad mensual de Ptas./pesos a partir de \_\_\_\_\_ y hasta la fecha en que se comunique.

Institución competente

6.1 Denominación \_\_\_\_\_

6.2 Dirección (1) \_\_\_\_\_

6.3 Sello

6.4 Fecha \_\_\_\_\_

6.5 Firma autorizada

(1) Calle, número, código postal, localidad, provincia, país.

CONVENIO ENTRE ESPAÑA Y LA REPUBLICA DE CHILE  
SOBRE SEGURIDAD SOCIAL

CERTIFICADO DE VARIACION O EXTINCION DEL DERECHO A  
PRESTACIONES FAMILIARES

El presente certificado será remitido por la institución competente a la institución del lugar de residencia de los miembros de la familia del beneficiario tan pronto como se produzca una variación en el derecho a las prestaciones familiares o deje de tener derecho a la percepción de dichas prestaciones.

Institución del lugar de residencia de la familia

1 Denominación \_\_\_\_\_  
2 Dirección \_\_\_\_\_

Datos relativos al beneficiario

1 1er. Apellido \_\_\_\_\_ 2º. Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_  
2 Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ 2.3 Nacionalidad \_\_\_\_\_ 2.4 Estado civil \_\_\_\_\_  
5 Número de afiliación \_\_\_\_\_

Datos relativos a los miembros de la familia

1 1er. Apellido \_\_\_\_\_ 2º. Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2 Domicilio de la familia \_\_\_\_\_

Persona que debe percibir las prestaciones familiares

1 1er. apellido \_\_\_\_\_ 2º. apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_  
2 Parentesco con el beneficiario \_\_\_\_\_  
3 Dirección \_\_\_\_\_

- 5.1  Habiéndose producido una variación en relación a:
  - los miembros de la familia señalados en el apartado 3 del formulario E-CHL/16
  - la persona que debe percibir las prestaciones familiares del apartado 4 del formulario E-CHL/16

A partir de la recepción del presente formulario deberá pagarse, a cargo de esta institución, a la persona indicada en el apartado 4 por los miembros de la familia del beneficiario que se enumeran en el apartado 3, la cantidad mensual de Ptas./pesos

- 5.2  Habiéndose extinguido el derecho a prestaciones familiares del beneficiario mencionado en el apartado 2, a partir de la recepción del presente formulario dejarán de pagarse las prestaciones familiares reconocidas en virtud del formulario E-CHL/16 de fecha .....

Institución competente

---

5.1 Denominación \_\_\_\_\_

5.2 Dirección \_\_\_\_\_

5.3 Sello

5.4 Fecha \_\_\_\_\_

5.5 Firma \_\_\_\_\_

---