



(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)

**3. DECLARACION DE BENEFICIARIOS (1) (2) (3) / DECLARAÇÃO DE BENEFICIÁRIOS (1) (2) (3)**

PARA CHILE : / PARA O CHILE

(1) PREENCHER APENAS EM CASO DE SEGURADOS FILIADOS AO SISTEMA DE CAPITALIZACAO INDIVIDUAL CHILENO

(2) DEVERÃO SER INDICADOS OS BENEFICIÁRIOS: CONJUGE (MARIDO INVÁLIDO), CONJUGE MULHER, FILHOS, COMPANHEIRA

COM FILHOS EM COMUM, PAI OU MÃE DO SEGURADO (ESTES ÚLTIMOS, SEMPRE QUE NÃO EXISTIR QUALQUER UM DOS ANTERIORES).

PARA BRASIL: / PARA O BRASIL

(3) CONFORME A LEGISLAÇÃO BRASILEIRA PODERÃO SER DEPENDENTES OS FILHOS MENORES DE 21 ANOS OU INVÁLIDOS, BEM COMO SEUS EQUIPARADOS (ENTEADOS, SOB TUTELA E MENORES SOB GUARDA - MENORES DE 21 ANOS); ALÉM DESSES, OS CONJUGES, COMPANHEIROS, PAIS E OS IRMÃOS MENORES DE 21 ANOS OU INVÁLIDOS.

4. INFORMACION RELATIVA A LA ACTIVIDAD LABORAL DEL TRABAJADOR / INFORMAÇÃO RELATIVA À ATIVIDADE DE TRABALHO DO SEGURADO

PARA CHILE / PARA O CHILE:

NOMBRE DEL EMPLEADOR NOME DO EMPREGADOR	PERIODO / PERÍODO												ACTIVIDAD DEL TRABAJADOR ATIVIDADE DO SEGURADO	REGIMEN PREVISIONAL I.N.P. (1) / A.F.P. (2) REGIME PREVIDENCIÁRIO 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 NORMALIZACION PREVISIONAL, INDICAR LA CAJA DE PREVISION DEL ANTIGUO REGIMEN PREVISIONAL.

(1) NO CASO DE ESTAR FILIADO NO "INSTITUTO DE NORMALIZAÇÃO PREVISIONAL" DO ANTIGO REGIME PREVIDENCIÁRIO.

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

(2) NO CASO DE ESTAR FILIADO A UMA A.F.P., INDICAR O NOME DA ENTIDADE.

PARA BRASIL / PARA O BRASIL:

NOMBRE DEL EMPLEADOR NOME DO EMPREGADOR	UF (3)	PERIODO / PERÍODO														ACTIVIDAD DEL TRABAJADOR ATIVIDADE DO SEGURADO
		DESDE - DE							HASTA - ATÉ							
		D	D	M	M	A	A	D	D	M	M	A	A			
											</					

(3) ESTADO DONDE ESTÉ LOCALIZADA LA EMPRESA

ESTADO ONDE ESTÁ LOCALIZADA A EMPRESA

5. FORMACIÓN PARA EL PAGO DEL BENEFICIO EN EL EXTRANJERO / INFORMACAO PARA PAGAMENTO DE BENEFÍCIO NO EXTE

Nombre del Banco:  
Nome do Banco:

Dirección del Banco:  
Endereco do Banco:

Ciudad - País/Cidade - País

Número de la Cuenta:  
Número da Conta:

Agencia del Banco:  
Agência bancária:

FIRMA DEL SOLICITANTE / ASSINATURA DO REQUERENTE

PAIS DE PRESENTACION / PAÍS DE APRESENTAÇÃO

LOS DATOS PERSONALES CONSIGNADOS EN ESTE FORMULARIO CONSTAN EN DOCUMENTOS TENIDOS A LA VISTA  
OS DADOS PESSOAIS QUE CONSTAM NESTE FORMULÁRIO CONFEREM COM DOCUMENTOS APRESENTADOS

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

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

--	--	--	--	--	--	--	--

FECHA / DATA

---

PAIS DE PRESENTACION  
PAÍS DE APRESENTAÇÃO

---

FIRMA DEL SOLICITANTE  
FIRMA DO SOLICITANTE

La verificación de los elementos de identificación de los datos consignados en la presente solicitud constan de documentos tenidos a la vista.

A verificação dos elementos de identificação dos dados apresentados nessa solicitação constam de documentos apresentados.

---

NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL ORGANISMO RESPONSABLE  
NOME, ASSINATURA E CARIMBO DO ORGANISMO RESPONSÁVEL