

# CONVENIO DE SEGURIDAD SOCIAL ENTRE EL REINO DE ESPAÑA Y LA REPÚBLICA DE CHILE

## PRÓRROGA DE DESPLAZAMIENTO

Artículo 7.1 párrafo 3º del Convenio y artículo 3.2 del Acuerdo Administrativo

### A cumplimentar por el empresario o el trabajador

#### 1.- DATOS IDENTIFICATIVOS DEL TRABAJADOR Cuenta ajena Autónomo o cuenta propia

Apellidos: ..... Nombre: .....

Nombre del padre: ..... Nombre de la madre: .....

Fecha de nacimiento: ..... Nacionalidad: .....

Nº de Seguridad Social en España: ..... R.U.T.: .....

DNI o Pasaporte: .....

Dirección habitual: .....

#### 2.- DATOS IDENTIFICATIVOS DE LA EMPRESA O ACTIVIDAD AUTÓNOMA DEL PAÍS REMITENTE

El trabajador anteriormente citado está en posesión del formulario E/CHL-1 autorizado para el período:

de ..... hasta ..... y expedido por la siguiente Institución:

Nombre: .....

Dirección: .....

Sigue desplazado o continúa ejerciendo la actividad  por cuenta ajena  por cuenta propia  
en el siguiente:  centro de trabajo  o en el buque

Nombre o razón social: .....

Dirección: .....

Solicita continuar sometido a la legislación del país  España  Chile

durante el período del ..... al .....

#### 3.- DATOS IDENTIFICATIVOS DE LA EMPRESA O ACTIVIDAD AUTÓNOMA DEL PAÍS REMITENTE

Nombre o razón social: .....

Dirección: .....

Sello

Nombre del representante legal: .....

Fecha y firma: .....

#### 4.- INSTITUCIÓN DESIGNADA U ORGANISMO DE ENLACE DEL PAÍS DE ENVÍO

Denominación: TESORERIA GENERAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL

Dirección: C/ ASTROS, 5 y 7. 28007 MADRID

Sello

Fecha: .....

Firma: .....

**A cumplimentar por la Institución designada u Organismo de enlace del país de destino**

Declaramos conforme a lo establecido en el artículo 7.1 párrafo 3º del Convenio

estar de acuerdo     no estar de acuerdo

en que el trabajador mencionado en el punto 2 siga sometido a la legislación de la Seguridad Social del país

España                       Chile

Durante el período del ..... al .....

**Institución designada u Organismo de enlace que extiende el certificado**

Denominación: .....

Dirección: .....

Sello

Fecha: .....

Firma: .....

**INSTRUCCIONES**

El formulario deberá cumplimentarse por cuadruplicado ejemplar en caracteres de imprenta.

Una vez cumplimentado por el empresario o el trabajador será enviado por la Institución designada u Organismo de enlace del país asegurador a la Institución designada u Organismo de enlace del país de destino.

Esta última Institución u Organismo, expresada su conformidad o disconformidad en el mismo, remitirá dos ejemplares a la empresa solicitante y otro a la Institución designada u Organismo de enlace del país asegurador, conservando el cuarto para su constancia.

El trabajador conservará el formulario con objeto de acreditar su situación frente a la Seguridad Social en el país de destino.

Una vez expedido el formulario E/CHL-2 se deberá solicitar ante la Institución competente, el formulario E/CHL-11, que da derecho a la prestación de asistencia sanitaria en el país de destino. (En España el Instituto Nacional de Seguridad Social y en Chile el Fondo Nacional de Salud).

**INSTITUCIONES DESIGNADAS U ORGANISMOS DE ENLACE**

**En España:**

TESORERÍA GENERAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL  
Subdirección General de Afiliación, Cotización y Gestión del Sistema RED  
C/ Astros 5 y 7  
28007 Madrid

**En Chile:**

MINISTERIO DE TRABAJO Y PREVISION  
C/ Huérfanos 1273  
SANTIAGO DE CHILE

\_\_\_\_\_