

CERTIFICATE OF COVERAGE UNDER THE CANADA PENSION PLAN PURSUANT TO ARTICLES VI TO X OF THE AGREEMENT ON SOCIAL SECURITY BETWEEN THE GOVERNMENT OF CANADA AND THE GOVERNMENT OF THE REPUBLIC OF CHILE
CERTIFICAT D'ASSUJETTISSEMENT AU RÉGIME DE PENSIONS DU CANADA EN VERTU DES ARTICLES VI À X DE L'ACCORD SUR LA SÉCURITÉ SOCIALE ENTRE LE GOUVERNEMENT DU CANADA ET LE GOUVERNEMENT DE LA RÉPUBLIQUE DU CHILI
CERTIFICADO DE COBERTURA BAJO EL PLAN DE PENSIONES DE CANADÁ EN VIRTUD DE LOS ARTÍCULOS VI A X DEL CONVENIO SOBRE SEGURIDAD SOCIAL ENTRE EL GOBIERNO DE CANADÁ Y EL GOBIERNO DE LA REPUBLICA DE CHILE

EMPLOYED PERSON
 TRAVAILLEUR SALARIÉ
 EMPLEADO O TRABAJADOR DEPENDIENTE

SELF-EMPLOYED PERSON
 TRAVAILLEUR AUTONOME
 TRABAJADOR POR CUENTA PROPIA

Name of worker - Nom du travailleur - Nombre del trabajador	Canadian Social Insurance Number - Numéro d'assurance sociale au Canada - Número de seguro social canadiense
Address - Adresse - Dirección	Date of birth - Date de naissance - Fecha de nacimiento
	Citizenship - Nationalité - Ciudadanía
Name of employer in Canada - Nom de l'employeur au Canada - Nombre o razón social del empleador en Canadá	Date of hire - Date d'embauche - Fecha de contratación
	Business Number in Canada - Numéro d'entreprise au Canada - Número de la empresa en Canadá RP

Address in Canada - Adresse au Canada - Dirección en Canadá

Name and address of the business where the worker will be working in the foreign country - Nom et adresse de l'entreprise où le travailleur travaillera dans le pays étranger - Nombre y dirección en el país donde el trabajador trabajará

INITIAL DETACHMENT DÉTACHEMENT INITIAL AFECTACIÓN INICIAL	EXTENSION DÉTACHEMENT PROLONGÉ PROLONGACIÓN
Expected period of initial detachment Durée prévue du détachement initial El período previsto de afectación inicial	Expected period of extended detachment (for extensions also indicate date of initial detachment) Durée prévue du détachement prolongé (pour les prolongations, indiquer les dates du détachement initial) El período previsto de prolongación de la afectación (para prolongaciones, indicar también las fechas de afectación inicial)
_____ from - du - del _____ to - au - al _____	_____ from - du - del _____ to - au - al _____

I hereby certify that, to the best of my knowledge, the information contained in this request is accurate and complete.	Par la présente, j'atteste qu'au meilleur de mes connaissances, les renseignements fournis dans la présente demande sont exacts et complets.	Certifico por el presente que, según mi leal saber y entender, la información detallada en esta solicitud es exacta y completa.
---	--	---

Print name of authorized officer - Nom de la personne autorisée en lettres moulées	Authorized signing officer - Personne autorisée - Funcionario autorizado
_____	_____
Telephone - Téléphone - Teléfono	Date - Fecha

**CERTIFICATE
OF COVERAGE**

CANADA CUSTOMS AND REVENUE AGENCY

The worker named above is subject to the coverage provisions of the Canada Pension Plan and exempt from Chile's laws regarding social security by virtue of Articles VI to X of the agreement during the period.

**CERTIFICAT
D'ASSUJETTISSEMENT**

**AGENCE DES DOUANES ET DU REVENU DU
CANADA**

Le travailleur susmentionné est assujéti aux dispositions de participation du Régime de pensions du Canada et exempté des lois du Chili concernant la sécurité sociale en vertu des articles VI à X de l'accord pendant la période.

**CERTIFICADO
DE COBERTURA**

**AGENCIA CANADIENSE DE ADUANAS Y
ADMINISTRACION TRIBUTARIA**

El trabajador antes mencionado está sujeto a las disposiciones del Plan de Pensiones de Canadá y exento de las leyes chilenas en lo que concierne a la seguridad social en virtud de los artículos VI a X del convenio durante el período.

from - du - del

to - au - al

Authorized officer of CCRA - Agent autorisé de l'ADRC - Funcionario autorizado de la ACAAT

Date - Fecha