

Nº _____
FECHA _____
(Uso exclusivo Comisión Médica)

SOLICITUD DE CALIFICACION DE INVALIDEZ - TRABAJADOR AFILIADO

_____ de _____ del _____

Señor Presidente
Comisión Médica
de la Superintendencia de Pensiones
De la Región _____

Sírvase someter a examen por esa Comisión Médica, al trabajador afiliado a esta Administradora de Fondos de Pensiones, cuyos datos se indican a continuación y dictaminar sobre su capacidad de trabajo, para otorgarle el beneficio de Pensión de Invalidez, establecido en el artículo 4º D.L. 3.500.

Apellido Paterno, Materno, Nombres		
R.U.T.	Céd. Identidad Nº	Gabinete
Fecha de Afiliación Nuevo Sistema		Fecha de Incorporación última A.F.P.
Administradora Fondos de Pensiones	Dirección	Ciudad
Compañía Aseguradora Invalidez	Dirección	Ciudad

Porcentaje Arancel de Cargo del Afiliado %

FIRMA, TIMBRE Y FECHA
RECEPCION
COMISION MEDICA REGIONAL

FIRMA Y TIMBRE A.F.P.

I. EDUCACION

(Especificar Nivel Exacto)

Analfabeto _____
Básica o Primaria _____
Media o Secundaria _____
Superior _____

II. ANTECEDENTES LABORALES

A. Profesión, Oficio o Trabajo: _____

Sector Público Sector Privado Sector Municipal Independiente Voluntario
Sector Municipal Docente Sector Poder Judicial

B. Situación Laboral Actual

Trabajando
Desempleado Desde Hasta
Acogido a Lic. Médica Desde Hasta

Renovación Lic. Médica	Desde <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Hasta <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	Desde <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Hasta <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

III. ENTIDAD PAGADORA DE SUBSIDIOS

Nombre institución y ciudad

Servicio de Salud _____
Isapre _____
Caja de Compensación _____
Mutualidad de Empleo _____

IV. ACCIDENTE DEL TRABAJO O ENFERMEDAD PROFESIONAL

NOMBRE INSTITUCIÓN EN LA QUE SE ENCUENTRA ASEGURADO

Caja de Previsión _____

Mutual de Empleadores _____

Ha sufrido algún Accidente del Trabajo o Enfermedad Profesional? SI NO

Fecha del Accidente o Enfermedad profesional _____

Recibió Indemnización por este motivo? SI NO

Recibe pensión por esta causal? SI NO

Entidad que evaluó y/o pagó subsidio _____

Fecha Recepción A.F.P.	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	Día Mes Año
Agencia, domicilio u Hospital	_____
Nombre de la persona que verificó la identidad del afiliado	_____
Firma del Afiliado	_____
Firma y Timbre Recepción Administradora de Fondos de Pensiones	_____

ORIGINAL COMISION MEDICA