

I. ANTECEDENTES AFILIADO CAUSANTE

Apellido Paterno, Materno y Nombres _____

R.U.T. / Cédula de Identidad _____

Estado Civil _____

Sexo

 F

 M

Fecha Fallecimiento _____

De acuerdo a la información que Ud. posee, el siniestro fue ocasionado por . (*)

 1. Enfermedad No Sí, especifique: _____ No sabe

 2. Accidente del trabajo o de trayecto No Sí, especifique: _____ No sabe

Constancia / denuncia (N°, fecha, unidad policial) _____

(*) Si la causal del fallecimiento es de origen laboral, puede dar derecho a beneficios de la ley N° 16.744, infórmese. La información proporcionada por el solicitante respecto de la causa del siniestro es meramente referencial, no pudiendo ser utilizada a favor o en contra de éste en procedimientos administrativos o procesos judiciales.

Profesión, actividad u oficio del afiliado al momento del fallecimiento: _____

En cuál de las siguientes situaciones se encontraba el afiliado:

 Trabajador dependiente que se encontraba prestando servicios

 Desempleado por un período no mayor a doce meses

 Trabajador independiente

 Afiliado voluntario

El afiliado tenía:

 1_ Depósitos de Ahorro Previsional Voluntario en alguna institución autorizada
 (Dónde _____) Sí No

 2_ Depósitos convenidos en otra AFP y/o institución autorizada
 (Dónde _____) Sí No

 3_ Ahorro Previsional Voluntario Colectivo en otra AFP y/o institución autorizada
 (Dónde _____) Sí No

 4_ Cotizaciones en otro país
 (País _____) Sí No

 5_ Períodos de residencia en otro país
 (País _____) Sí No

II. PAGO PREMILINAR

Desea Pensión Preliminar

 Sí

 No

III. AJUSTE MONTO PENSIÓN

Desea que su Pensión se ajuste a la Pensión Mínima si fuera necesario Sí No

Desea que su Pensión se ajuste a la Pensión Básica solidaria si resulta inferior a ella Sí No

IV. TIPO DE FONDO DE PENSIONES

Desea cambiar de Tipo de Fondo Sí No Fondos seleccionados Fondo _____% _____

Fondo _____% _____

Firma Beneficiario