

SOLICITUD DE PENSION INVALIDEZ

Fecha de Afiliación al Sistema

Día	Mes	Año

Fecha

Día	Mes	Año

Fecha de incorporación última A.F.P.

Día	Mes	Año

N° Cuenta

Nombre Sucursal

IDENTIFICACION DEL AFILIADO:

Apellido Paterno, Materno y Nombres			
R.U.T. / Cédula de Identidad	Estado Civil	Sexo F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	Fecha Nacimiento
Dirección Afiliado (Calle, N°, Depto., Población o Villa, Comuna, Ciudad)			
Teléfono	Institución de Salud	Profesión o Actividad	
Nombre y Dirección Empleador (Calle, N°, Depto., Población o Villa, Comuna, Ciudad)			
R.U.T. Empleador	Teléfono		

CAUSAL DE INVALIDEZ

De acuerdo a la información que Ud. posee, la invalidez fue ocasionada por: (*)

- Enfermedad común o accidente común
- Enfermedad producida por su trabajo
- Accidente laboral o de trayecto
- No sabe

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

(*) Si la causal de invalidez 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 y su verificación corresponde efectuarla a las Comisiones Regionales de Invalidez o a la Comisión Médica Central, no pudiendo ser utilizada a favor o en contra del afiliado en procedimientos administrativos o procesos judiciales.

OTROS ANTECEDENTES

	SI	NO
1) Desea Pensión Preliminar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Solicita APS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Recibe Pensión Antiguo Sistema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Desea que su Pensión se ajuste a la Pensión Mínima si fuera necesario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) Desea que su Pensión se ajuste a la Pensión Básica solidaria si resulta inferior a ella	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) Afecto al Estatuto Administrativo Ley N° 18.834 o Leyes N° 18.883, 19.070, 19.378 o artículo 332 N° 6 del Código Orgánico de Tribunales, respecto de los cuales la obtención de pensión implica la cesación en el cargo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7) Destinará Cotizaciones Voluntarias al financiamiento de su pensión y E.L.D.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8) Destinará Depósitos de Ahorro Previsional Voluntario al financiamiento de su pensión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9) Traspasará Fondos desde su Cuenta de Ahorro Voluntario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10) Traspasará Fondos de Ahorro Previsional Voluntario Colectivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11) Tiene Depósitos Convenidos en otra AFP y/o Institución Autorizada (Donde _____)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12) Tiene Cotizaciones en otro país (País _____)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13) Tiene Periodos de Residencia en otro país (País _____)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14) Desea cambiar de Tipo de Fondo su ahorro obligatorio <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fondos seleccionados		
15) En cual de las siguientes situaciones se encuentra el afiliado:		
- Trabajador Dependiente <input type="checkbox"/>	Fondo _____ % _____	
- Desempleado por un periodo no mayor a doce meses <input type="checkbox"/>	Fondo _____ % _____	
- Trabajador Independiente <input type="checkbox"/>		
- Afiliado voluntario <input type="checkbox"/>		

Desea que sus datos personales (nombre, Rut, dirección, saldo cuenta capitalización individual, bono de reconocimiento) y los de sus beneficiarios de pensión, aparezcan en un LISTADO PÚBLICO DE INFORMACIÓN SI NO

Firma Afiliado			
----------------	--	--	--

DECLARACION DE BENEFICIARIOS

Apellido paterno, materno, nombres	Sexo M / F	RUT	Fecha Nacimiento	Parentesco	Invalído (Si/No)

OBSERVACIONES

EN CASO QUE DEBA ACREDITARSE UN MATRIMONIO DEBERÁ INDICAR FECHA Y CIRCUNSCRIPCIÓN PARA QUE LA AFP PUEDA SOLICITAR EL CERTIFICADO DE MATRIMONIO AL SERVICIO DE REGISTRO CIVIL E IDENTIFICACIÓN

Autorizo a la AFP a requerir del Servicio de Registro Civil e Identificación cualquier información mía y de mis beneficiarios, necesaria para acreditar el derecho al beneficio. Además, declaro no saber de la existencia de algún otro beneficiario y haber tomado conocimiento que el ocultamiento de cualquier información al respecto se encuentra sancionada de acuerdo a lo dispuesto en el artículo 13 del D.L. N° 3.500, de 1980.

Timbre y Firma Funcionario Responsable AFP

Firma del Afiliado