

SOLICITUD DE PENSION DE VEJEZ

TIPO DE PENSIÓN: VEJEZ EDAD VEJEZ ANTICIPADA

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:

I. IDENTIFICACION DEL AFILIADO:

Apellido Paterno, Materno y Nombres:

R.U.T. / Cédula de Identidad: Teléfono: E-mail:

Dirección Afiliado (Calle, N°, Depto., Población o Villa, Comuna, Ciudad):

Estado Civil: Sexo: F M Fecha Nacimiento: / / Profesión o Actividad: Institución de Salud:

R.U.T. Empleador: Nombre Empleador:

Dirección Empleador (Calle, N°, Depto., Población o Villa, Comuna, Ciudad): Teléfono:

II. OTROS ANTECEDENTES

1) Desea Pensión Preliminar	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
2) Solicita APS (Solo para afiliados con 65 años)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Recibe Pensión Antiguo Sistema (Institución _____)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Recibe Pensión de Invalidez de este Sistema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) Desea que su Pensión se ajuste a la Pensión Mínima si resulta inferior a ella	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) Desea que su Pensión se ajuste a la Pensión Básica solidaria si resulta inferior a ella	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7) Afécto 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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8) Destinará Cotizaciones Voluntarias al financiamiento de su pensión y E.L.D.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9) Destinará Depósitos de Ahorro Previsional Voluntario al financiamiento de su pensión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10) Traspasará Fondos desde su Cuenta de Ahorro Voluntario y/o Ahorro Previsional Voluntario Colectivo en otra AFP y/o Institución Autorizada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11) Tiene Depósitos Convenidos en otra AFP y/o Institución Autorizada (Donde _____)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12) Tiene Cotizaciones en otro país (País _____)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13) Tiene periodos de residencia en otro país (País _____)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14) Desea que sus datos personales, nombre, Rut, dirección, saldo cuenta capitalización individual, bono de reconocimiento y los datos de sus beneficiarios de pensión, aparezcan en un LISTADO PÚBLICO DE INFORMACIÓN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15) Tiene Beneficiarios de Pensión de Sobrevivencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

III. DECLARACION DE BENEFICIARIOS

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

IV. OBSERVACIONES:

EN CASO QUE DEBA ACREDITARSE UN MATRIMONIO DEBERÁ INDICARSE FECHA Y CIRCUNSCRIPCIÓN PARA QUE LA AFP PUEDA SOLICITAR EL CERTIFICADO DE MATRIMONIO AL RSCI

NOTA:

LOS DEPOSITOS CONVENIDOS Y/O EL AHORRO PREVISIONAL VOLUNTARIO COLECTIVO ENTERADOS EN OTRA AFP O INSTITUCION AUTORIZADA DEBERÁN SER TRASPASADOS POR EL AFILIADO A SU CUENTA INDIVIDUAL DE MODO QUE FORMEN PARTE DEL FINANCIAMIENTO DE SU PENSION.

ASIMISMO, TIENE DERECHO A UTILIZAR EN EL FINANCIAMIENTO DE SU PENSIÓN LOS RECURSOS ORIGINADOS POR COTIZACIONES VOLUNTARIAS Y/O DEPOSITOS DE AHORRO PREVIISONAL VOLUNTARIO QUE ESTIME CONVENIENTE

Timbre y Firma Funcionario Responsable AFP

Firma del Afiliado