

20 OTROS BENEFICIOS DEL ESTADO A LOS CUALES PUEDES ACCEDER.



ASIGNACIONES FAMILIARES: ¿QUÉ SON?

Es uno de los beneficios que contempla el **Sistema de Prestaciones Familiares** que consiste en la entrega de una suma en dinero por cada carga familiar acreditada de un trabajador o pensionado la que se refleja en la liquidación de sueldo o de pensiones.

¿QUIÉNES TIENEN DERECHO AL BENEFICIO DE LA ASIGNACIÓN FAMILIAR?

- Todos los **trabajadores dependientes** de los sectores públicos y privado.
- **Todos los trabajadores** que se encuentran recibiendo un **subsidio**, ya sea de cesantía, incapacidad laboral, accidente del trabajo o enfermedad profesional.
- Los **trabajadores independientes** afiliados, que se encuentren **al día en el pago de sus cotizaciones** y que hayan acreditado sus cargas en el IPS.
- Los pensionados de cualquier **régimen previsional**.
- Los beneficiarios de pensión de viudez y la madre o padre de los hijos no matrimoniales del trabajador o pensionados en goce de la **pensión especial**.
- Las **instituciones estatales** o **reconocidas por el Estado** que tengan a su cargo el cuidado y mantención de niños huérfanos, abandonados o con alguna discapacidad.
- Las **personas naturales** que tengan menores a su cargo, como medida de protección dispuesta por sentencia judicial. origen o procedencia, igual superior al 50% del ingreso mínimo mensual, exceptuando lo percibido por pensión de orfandad.

¿QUIÉNES SON “CAUSANTES” DE ASIGNACIÓN FAMILIAR?

- El o La cónyuge, los hijos y adoptados e hijastros con invalidez de cualquier edad.
- Hijos y e hijos adoptivos, solteros, menores de 18 años y hasta los 24 años que se encuentren estudiando en instituciones reconocidos por el Estado.
- Hijastros, nietos y bisnietos, huérfanos de padre y madre o abandonados por éstos.
- La madre viuda.
- Los ascendientes (padre, madre, abuelos o bisabuelos **mayores de 65 años** y/o inválidos).
- Los menores confiados al cuidado de personas naturales o instituciones del Estado o reconocidas por este, como medida de protección dispuesta por sentencia judicial.

¿CUÁL ES EL MONTO DE ASIGNACIÓN FAMILIAR?



El monto mensual de cada carga se calcula sobre la base del ingreso que el trabajador genere.

Desde el 1 de enero del 2018

- \$11.337 por carga, para los beneficiarios cuyo ingreso mensual no sea superior a \$289.608.
- \$6.957 por carga, para los beneficiarios cuyo ingreso mensual este entre \$289.608 y \$423.004.
- \$2.199 por carga, para aquellos beneficiarios cuyo ingreso mensual este entre \$423.004 y \$659.743.
- \$0, para quienes tienen un ingreso mensual mayor a \$659.743.

¿CUÁLES SON LOS REQUISITOS QUE DEBEN CUMPLIR LOS BENEFICIARIOS DE ASIGNACIÓN FAMILIAR?

- Deben vivir a expensas del trabajador.
- **No percibir renta** igual o superior al **50% del ingreso mínimo** mensual, exceptuando lo recibido por pensión de orfandad.

¿CUÁL ES LA DURACIÓN DEL BENEFICIO DE ASIGNACIÓN FAMILIAR?

- La asignación se paga desde el día en que se produce la causa que la genera, pero sólo se hace exigible una vez que se solicita el beneficio, y dura hasta el último día del mes en que el beneficiario mantiene la calidad de carga.
- Respecto a los hijos, el pago se realiza hasta el **31 de diciembre** del año en que cumplen **18 ó 24 años de edad**, según sea el caso.

¿CUÁL ES LA DURACIÓN DEL BENEFICIO DE ASIGNACIÓN FAMILIAR?

Corresponde al **empleador**, tanto del sector privado como público, pagar la o las asignaciones familiares a sus trabajadores dependientes con la remuneración mensual.

Para ello, se requiere previamente el reconocimiento de las **cargas** y la autorización de pago de la respectiva **institución previsional que administra este beneficio** Caja de Compensación o IPS (Instituto Previsión Social).

En el caso de los pensionados por **AFP** o **Compañía de Seguros**, les corresponde a ellas realizar el pago junto a las pensiones.

ASIGNACIÓN MATERNAL: ¿QUÉ ES?

Las trabajadoras tienen derecho a una asignación maternal cuyo monto es igual al de la asignación familiar, la que se les pagará por todo el período del embarazo y se hace exigible a partir del quinto mes de embarazo, previa certificación de este estado. El pago se hace con efecto retroactivo por el período completo de la gestación.

Igual derecho tienen los trabajadores dependientes e independientes, en su caso, durante el período de embarazo de sus cónyuges.

DESAHUCIO O INDEMNIZACIÓN PREVISIONAL: ¿QUÉ ES?

Es un derecho del **Antiguo Régimen** que varía según la Caja Previsional y consiste en percibir una suma de dinero cuando el trabajador cumpla con los requisitos para pensionarse.

Al trabajador que se incorporó al actual sistema de pensiones se le reconoce este beneficio a través del **Bono de Reconocimiento**, emitido y calculado por la última **Caja de Previsión** en que realizó imposiciones.

¿EN QUÉ CONSISTE EL DESAHUCIO DE LOS TRABAJADORES DEL SECTOR PÚBLICO?

El desahucio de los empleados de la **Administración Civil del Estado** es un derecho que consiste en una **indemnización** al término de sus funciones, por cualquier causa e independientemente de la pensión que pueda corresponderle, y se le concede en relación con sus años de servicio en la **Administración Pública**. Este derecho se encuentra regulado en el **Estatuto Administrativo** (Ley 18.834).

¿CUÁL ES EL MONTO DEL DESAHUCIO DE LOS TRABAJADORES DEL SECTOR PÚBLICO?

El desahucio equivale a un mes de remuneraciones, sobre las cuales se hayan efectuado imposiciones en la Caja de Empleados Públicos y Periodistas, por cada año o fracción superior a seis meses de servicios prestados y con un máximo de 24 veces dicha remuneración.

DESAHUCIO DE LOS EMPLEADOS PARTICULARES: ¿CÓMO SE FIJA EL MONTO?



El monto del desahucio lo fija la Caja de Empleados Particulares en enero de cada año, aplicando al monto vigente del año anterior, un reajuste equivalente a la variación del Índice de Precios al Consumidor (IPC) durante dicho año.

¿CÓMO SE FINANCIA ESTE DESAHUCIO?

A contar del **1º de marzo de 1981** y por aplicación del **D.L. 3.501 de 1980** esta cotización es del **1,14% de las remuneraciones imponibles**, la cual es de cargo exclusivo de los imponentes. El Fondo de Desahucio es un Fondo de Reparto.

¿LOS EMPLEADOS PARTICULARES QUE SE AFILIARON AL NUEVO SISTEMA DE PENSIONES, TIENEN DERECHO A ESTE DESAHUCIO?

Los empleados imponentes de la Caja de Empleados Particulares o de sus Organismos Auxiliares, que se afiliaron al actual Sistema de Pensiones, tienen

derecho a que se les reconozca una trigésima quinta parte del monto de desahucio correspondiente al año 1980, por cada año de imposiciones o fracción de año superior a seis meses que registran hasta la fecha de opción.

En el caso de estas personas, el beneficio de desahucio se liquida a la fecha en que optan por el nuevo Sistema de Pensiones y pasa a formar parte del Bono de Reconocimiento, quedando afecto a los mismos reajustes e intereses que éste.

INDEMNIZACIÓN TRABAJADORES DEL SERVICIO DE SEGURO SOCIAL

¿EN QUÉ CONSISTE LA INDEMNIZACIÓN POR AÑOS DE SERVICIO PARA LOS TRABAJADORES AFILIADOS AL SERVICIO DE SEGURO SOCIAL?

Consiste en una cantidad de dinero que reciben los trabajadores afiliados a esta Caja que cumplan con cualquiera de los siguientes requisitos:

- Contar con más de 1.560 semanas de imposiciones.
- Tener más de 60 años de edad.
- Ser inválido absoluto o haber obtenido Pensión de Vejez conforme a la Ley 10.383 y sus modificaciones. Los beneficiarios de Pensión de Viudez y Orfandad tienen derecho al retiro de los fondos dejados por el causante.

¿CÓMO SE FINANCIAN ESTAS INDEMNIZACIONES?

En la actualidad, esta indemnización por años de servicio se financia exclusivamente con aporte fiscal.

SALUD

¿QUÉ OPCIONES TIENE UN TRABAJADOR PARA CUBRIR SUS PRESTACIONES DE SALUD?

El trabajador tiene la posibilidad de optar por Fonasa o alguna Isapre.

¿CUÁNTO COTIZA PARA SALUD UN TRABAJADOR?



El trabajador cotiza como mínimo un **7% de su renta imponible** con un tope de **78,3 UF**.

¿QUIÉNES TIENEN LA CALIDAD DE BENEFICIARIOS DEL RÉGIMEN DE PRESTACIONES DE SALUD?

- Todos los afiliados
- Los causantes de asignación familiar de los trabajadores dependientes, activos y pasivos.
- El cónyuge o conviviente civil y las demás personas que en su relación con un imponente independiente o voluntario acrediten los requisitos exigidos para ser causantes de asignación familiar.
- La mujer embarazada y los niños menores de 6 años, para efectos de las prestaciones materno-infantiles.
- Las personas carentes de recursos e indigentes.
- Aquellos que gocen de una Pensión.
- Los menores de 15 años que sean causantes de subsidio familiar de acuerdo a la ley.

¿CÓMO SE ACREDITA LA CALIDAD DE BENEFICIARIO?

1. Los trabajadores dependientes y pensionados que tengan este beneficio, deberán tener una **credencial de salud**, la cual acredita su calidad de beneficiario.
2. Los beneficiarios de pensión, subsidios de cesantía, causantes de subsidio familiar y los indigentes, acreditarán dicha calidad con sus respectivos **comprobantes de pago de los beneficios**.
3. Los independientes o voluntarios deben estar al día en sus cotizaciones previsionales y deberán **presentar las seis últimas planillas de pago**, continuas o discontinuas, dentro del último año.

¿CÓMO SE PRODUCE LA INCORPORACIÓN A FONASA? (RÉGIMEN ESTATAL DE PRESTACIONES DE SALUD)

Para los trabajadores dependientes la incorporación se produce **automáticamente al iniciar labores**.

¿CÓMO SE PRODUCE LA INCORPORACIÓN A UNA INSTITUCIÓN DE SALUD PREVISIONAL (ISAPRE)?

Los trabajadores que decidan aportar su cotización de salud a una institución privada, deben suscribir con ella un contrato individual por un **mínimo de doce meses**, en el cual convienen el otorgamiento, forma, modalidad y condiciones para las prestaciones y beneficios de salud.

En dichas prestaciones y beneficios, la Isapre sustituye a FONASA (**Fondo Nacional de Salud**), de modo que FONASA sólo podrá entregar atención médica curativa en caso de ausencia o insuficiencia en esa especialidad. Si ocurre tal caso, **FONASA** cobrará a la Isapre correspondiente la parte bonificada.

Los montos de las prestaciones médicas y de licencias médicas no pueden ser inferiores a los otorgados por la ley. Los reclamos al respecto deben presentarse a la Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez (COMPIN), la cual resuelve en única instancia.

¿SE PUEDE TERMINAR UN CONTRATO DE SALUD SUSCRITO CON UNA ISAPRE?

Sí. Este puede ser finalizado por el beneficiario con un **aviso de 30 días de anticipación**. En este caso, la persona vuelve al régimen general de prestaciones y beneficios de **FONASA**, a menos que se incorpore a otra Isapre.

La Isapre sólo puede dar por finalizado un contrato en caso de **incumplimiento del cotizante**. El afiliado puede apelar ante la **Superintendencia de Isapres**, en caso que esté en desacuerdo.

Estos contratos son pactados por un **mínimo de doce meses** y su vigencia se entiende prorrogada automáticamente, si el cotizante está en situación de incapacidad laboral al día del vencimiento, o por el tiempo que dure la incapacidad y mientras no se declare la invalidez del cotizante.

Los afiliados se clasifican según su nivel de ingreso, en los siguientes grupos:

¿CÓMO SE CLASIFICAN LOS AFILIADOS DE FONASA PARA CREDENCIAL DE SALUD?

- **Grupo A:** Personas indigentes carentes de recursos, beneficiarios de Pensiones Básicas Solidarias y causantes de Subsidio Familiar.
- **Grupo B:** Afiliados cuyo ingreso mensual no exceda los \$257.500 o superior a esta cifra, y que no exceda de \$375.950 y tenga 3 o más cargas legales.
- **Grupo C:** Afiliados cuyo ingreso mensual sea superior a \$257.500 y no exceda los \$375.950, o en caso de exceder, tener 3 o más cargas legales.
- **Grupo D:** Afiliados cuyo ingreso mensual excede los \$375.950.

El porcentaje a pagar por las prestaciones médicas en un hospital dependerá del grupo en el cual quede incluido el afiliado.

- Grupo A y B = 0%
- Grupo C = 10%
- Grupo D = 20%

Porcentajes en relación al nivel 1 de Fonasa.

El Estado, a través del **FONASA**, contribuye al financiamiento de las prestaciones médicas en el porcentaje del valor del arancel que la ley señala. De esta forma, dicho porcentaje cubre el valor total de las prestaciones en los grupos A y B y no puede ser inferior al **90%** respecto del **grupo C**, ni al **80%** respecto del **grupo D**.

La atención del parto tiene una contribución del 90% para el grupo C y un 80% para el grupo D.

En la modalidad de Libre Elección, el Estado sólo bonifica hasta el 50% de las prestaciones, a excepción de las atenciones por parto, que **se bonifican con un 75%**.

¿PUEDEN SOLICITAR PRÉSTAMOS MÉDICOS LOS AFILIADOS AL RÉGIMEN ESTATAL DE PRESTACIONES DE SALUD?

Sí, los afiliados podrán solicitar a FONSA el otorgamiento de préstamos médicos para financiar todo o parte del valor de las prestaciones de salud que ellos requieran.

¿CÓMO SOLICITAR EL PRÉSTAMO?

Para solicitar el préstamo se debe:

- Llenar la solicitud de préstamo médico.
- Presentar el programa médico valorizado.
- Presentar la credencial de salud del solicitante.
- Presentar Cédula de Identidad con dígito verificador, y
- En el caso de los trabajadores independientes, presentar las 12 últimas planillas de cotizaciones pagadas.

¿CÓMO SE PAGA EL PRÉSTAMO?

Son pagados a través del descuento que debe hacer el empleador cuando se trate de afiliados dependientes o las instituciones de previsión correspondientes a los pensionados y directamente, cuando se trate de imponentes voluntarios o trabajadores independientes.

¿QUÉ REQUISITOS DEBE CUMPLIR EL TRABAJADOR DEPENDIENTE PARA TENER DERECHO A UNA LICENCIA MÉDICA?

Debe tener, al menos, **seis meses de afiliación** en cualquier sistema previsional y tres meses cotizados en los últimos seis meses calendario anterior a la fecha de la licencia. No se requieren estos períodos si la incapacidad laboral es causada por un accidente.

¿QUÉ REQUISITOS DEBE CUMPLIR EL TRABAJADOR INDEPENDIENTE PARA TENER DERECHO A UNA LICENCIA MÉDICA?

- Tener **12 meses de afiliación** previsional anterior al mes en que se inicia la licencia.
- Haber registrado, al menos, **seis meses de cotizaciones continuas** o discontinuas dentro de los 12 meses de afiliación, anteriores al mes en que se inició la licencia.
- Estar al día en el **pago de las cotizaciones**. Se considerará al día cuando el trabajador ha pagado la cotización correspondiente al mes anterior en que comenzó a gozar de la licencia.

¿DÓNDE DEBE PRESENTAR EL TRABAJADOR LA LICENCIA MÉDICA Y EN QUÉ PLAZO?

1. El trabajador dependiente debe presentar al empleador la licencia médica, debidamente firmada por el profesional respectivo, dentro del plazo de

dos días hábiles desde la fecha de su inicio, **si es un trabajador del sector privado**; si son **trabajadores del sector público tienen tres días hábiles**.

El empleador debe completar, firmar y enviar el formulario para su autorización a la **Isapre o al Servicio de Salud** determinado por la **Compin**, en el plazo de tres días hábiles contados desde la fecha en que él recibió la licencia.

2. El trabajador independiente debe presentar el **Formulario de Licencia Médica** para su autorización a la Isapre o al Servicio de Salud más cercano a su domicilio, dentro de los dos días hábiles siguientes a la fecha de emisión de la licencia, siempre que esté dentro del período de su vigencia. Para respaldar la licencia el trabajador deberá solicitar a la AFP un **Certificado de Afiliación** y uno de las doce últimas cotizaciones.

¿A DÓNDE PUEDE RECLAMAR EL AFILIADO EN CASO DE UN RECHAZO DE LICENCIA MÉDICA?

En caso de rechazo o rebaja en el número de días, el trabajador puede apelar al Compin, si es afiliado de una Isapre, y al Jefe del Servicio de Salud si es afiliado de Fonasa. El reclamo debe hacerlo dentro del plazo de **15 días hábiles** desde la fecha del rechazo o pago del subsidio.



AFP
HABITAT
Seguridad y Confianza

WWW.AFPHABITAT.CL - 600 220 2000

Información actualizada a febrero 2016