

Libro III, Título I, Letra D Pensión de Invalidez

Capítulo II. Procedimientos al recepcionar la solicitud de pensión

1. Procedimiento de ingreso de una solicitud de pensión de invalidez".

Para la suscripción de una solicitud de pensión de invalidez, las Administradoras deberán poner a disposición de los afiliados las facilidades para que esta se efectúe a través del sitio web o bien a través de los demás canales remotos que disponga la Administradora, en concordancia con lo establecido en Letra B. Estándares Según Canales de Servicio, del Título III, del Libro V, de este Compendio. Sin perjuicio de lo anterior, la suscripción siempre se podrá realizar de manera presencial.

El afiliado deberá informar en el formulario de "Solicitud de Pensión de Invalidez" su correo electrónico para ser notificado, citado o informado por la respectiva Comisión Médica Regional. En caso de no informarlo o cuando no se tenga confirmación de recepción automática, será notificado a través de correo certificado.

La Administradora deberá implementar un procedimiento que le permita validar el correcto ingreso del correo electrónico en la solicitud de pensión de invalidez. De no poder validarlo correctamente, la Administradora deberá contactar al solicitante, informándole que, de no corregirse la situación, las comunicaciones se realizarán por correo certificado.

Todas las interacciones que se realicen de manera no presencial deberán contar con mecanismos de autenticación seguros que permitan identificar de manera inequívoca a los afiliados y usuarios. Lo anterior en concordancia con lo establecido en el Capítulo IV, de la letra A del Título III del Libro V.

Los mecanismos de autenticación que la AFP implemente, deben contar con la evaluación de riesgos de la Gerencia de Riesgo de la AFP.

Nota de actualización: Este número 1., y sus párrafos siguientes, fueron agregados por la Norma de Carácter General N° 329, de fecha 13 de diciembre de 2024.

Recibida una solicitud de pensión de invalidez, la Administradora deberá:

a) Verificar que el solicitante de pensión de invalidez no se encuentre pensionado en el Sistema de Capitalización Individual y sea menor de 65 años de edad. Si detectare que el afiliado es mayor de 65 años de edad, la Administradora deberá rechazar la solicitud al momento de su presentación.

Asimismo, la Administradora no podrá recibir una solicitud de pensión de un afiliado que se encuentre con una solicitud de pensión de invalidez en trámite, es decir, sin dictamen ejecutoriado.

Si el afiliado se encuentra por cumplir los 65 años de edad, dentro de los próximos 6 meses, la Administradora deberá informarle que tiene derecho a suscribir la solicitud de pensión de invalidez, conjuntamente con la solicitud de reevaluación, la cual sólo tendrá efectos en la eventualidad que el primer dictamen declare una pensión de invalidez parcial, y en tal caso, adquirirá el derecho a pensión de invalidez parcial definitiva. Si no solicita conjuntamente la reevaluación y es declarado inválido parcial tendrá una invalidez transitoria por tres años al cabo de los cuales tendrá derecho a solicitar su reevaluación producto de la cual podrá adquirir derecho a una pensión de invalidez definitiva (total o parcial) o perder su condición de inválido.

b) Requerir a la Comisión Médica Regional la calificación de invalidez del afiliado, de acuerdo a los procedimientos que se señalan en el Capítulo III siguiente. Si el afiliado suscribió simultáneamente la Solicitud de Calificación y la Solicitud de Reevaluación de la Invalidez Parcial, la Administradora deberá remitir ambas solicitudes a la Comisión Médica.

En forma previa a tramitar una solicitud de calificación de invalidez, la Administradora deberá verificar si el afiliado tiene la calidad de beneficiario de una PBSI. Para ello, deberá revisar el archivo 1.1 Consulta de PBS de Invalidez y APS de Invalidez, del Anexo VII del Informe "Sistema de Pensiones Solidarias: Transferencia de datos entre el IPS, las AFP y las CSV", disponible en el sitio web de la Superintendencia de Pensiones en la referencia <http://www.spensiones.cl/descripArchivos>.

Si un beneficiario de PBSI que posteriormente cotiza, se pensiona por invalidez del DL 3.500, es válido para tales efectos el dictamen que sirvió de base al otorgamiento del beneficio solidario, razón por la que la Administradora no deberá enviar la respectiva solicitud a la Comisión Médica Regional salvo que corresponda una reevaluación.

Nota de actualización: Esta letra fue modificada por la Norma de Carácter General N° 167, de fecha 7 de enero de 2016. El tercer párrafo de esta letra fue eliminado y el cuarto párrafo, que pasó a ser tercero, fue modificado por la Norma de Carácter General N° 34, de fecha 13 de enero de 2012.

c) Informar verbalmente y por escrito, al afiliado lo siguiente:

i. Que deberá suscribir el formulario de "Solicitud de Calificación de Invalidez" y tener en consideración que las notificaciones, citaciones o comunicaciones de la respectiva Comisión Médica Regional se efectuarán por medios electrónicos, alternativamente, si el afiliado no puede ser contactado electrónicamente o no se recibe confirmación automática de recepción, dichas notificaciones se efectuarán a través de correo certificado.

Las Administradoras deberán recomendar al afiliado que, mientras se encuentre en el proceso de calificación de invalidez, debiera revisar de forma frecuente los medios electrónicos informados en su solicitud para recibir comunicaciones de su proceso de evaluación.

Nota de actualización: Este literal fue agregado por la Norma de Carácter General N° 329, de fecha 13 de diciembre de 2024

ii. Que al suscribir el citado formulario está iniciando su trámite para pensionarse por invalidez, del cual una vez emitido el dictamen respectivo no podrá desistirse.

iii. El detalle del trámite completo de calificación de invalidez y sus posibles resultados.

iv. Que si el dictamen declara una invalidez total, aquél tendrá el carácter de definitivo y único y si se declara una invalidez parcial, el dictamen será transitorio.

v. Que los antecedentes por él entregados serán considerados por los médicos integrantes de la Comisión Médica Regional aún cuando no serán determinantes por sí solos y formarán parte del correspondiente expediente de invalidez.

vi. Que si se encuentra cubierto por el seguro de invalidez y sobrevivencia de acuerdo a las letras a) y b) del artículo 54 y si los antecedentes médicos entregados por él fundamentan la solicitud, la Comisión Médica le designará sin costo, un médico para que lo asesore durante el proceso de evaluación y calificación de invalidez y asista como observador a las sesiones donde se analice su solicitud. También podrá optar por nombrar a su costa, un médico de su confianza que lo asesore en el proceso como médico observador.

vii. Que en caso que no se considere debidamente fundamentada su solicitud, no tendrá derecho a contar con un Médico Asesor que lo guíe gratuitamente en el proceso de evaluación y calificación de la invalidez. Sin embargo podrá nombrar a su cargo un médico que lo asesore en el proceso y que asista como observador a las sesiones donde se analice su solicitud.

viii. Que el médico asesor tiene entre sus funciones asesorar al afiliado en el proceso de calificación. La entrevista entre el afiliado y su médico asesor, para efectos del artículo 11 del D.L. N° 3.500, de 1980, podrá ocurrir en cualquiera de las etapas del proceso de calificación de invalidez, previo a la sesión de la respectiva Comisión Médica Regional. Posterior a ello, podrá asesorar en apelaciones y alegaciones en contra de los dictámenes y resoluciones de invalidez.

Nota de actualización: El literal vii fue modificado y el literal viii fue agregado, por la Norma de Carácter General N° 329, de fecha 13 de diciembre de 2024.

ix. Que si contare con mayores antecedentes médicos, y si lo estimase conveniente, éstos los puede aportar cuando sea citado a la Comisión Médica.

x. Que el médico asesor tiene entre sus funciones asesorar al afiliado en el proceso de calificación. La entrevista entre el afiliado y su médico asesor, para efectos del artículo 11 del D.L. N° 3.500, de 1980,

podrá ocurrir en cualquiera de las etapas del proceso de calificación de invalidez, previo a la sesión de la respectiva Comisión Médica Regional. Posterior a ello, podrá asesorar en apelaciones y alegaciones en contra de los dictámenes y resoluciones de invalidez.

Nota de actualización: Este literal fue agregado por la Norma de Carácter General N° 329, de fecha 13 de diciembre de 2024.

xi. Que la Comisión Médica requerirá los exámenes que estime necesario para evaluar su grado de invalidez, los cuales tendrán un financiamiento compartido por él y la Administradora. Por ello, no es recomendable que se someta a nuevos exámenes por cuenta propia.

xii. Que podrá solicitar una copia electrónica o física de dichos exámenes, con excepción de las imágenes, así como acceder al expediente electrónico o a una copia del mismo, una vez notificado del dictamen o de la resolución correspondiente.

Nota de actualización: Este literal pasó de ser ix a xii y fue reemplazado por la Norma de Carácter General N° 329, de fecha 13 de diciembre de 2024.

xiii. Que, si cuenta con una solicitud anterior rechazada administrativamente por falta de antecedentes, la fecha de declaración de la invalidez será a contar de la fecha de presentación de la primera solicitud, siempre y cuando no hayan transcurridos más de seis meses entre la fecha de emisión del dictamen que rechazó la solicitud anterior y la fecha de presentación de la nueva solicitud. En caso contrario, la declaración de invalidez será a contar de la fecha de la solicitud que está presentando.

xiv. Que si se encuentra acogido a licencia médica, la fecha de devengamiento de su pensión será a contar del día siguiente al de término de la licencia médica que se encuentre vigente a la fecha en que quede ejecutoriado el dictamen que aprueba la invalidez, siempre que esta haya sido extendida por la o las mismas patologías que dieron origen a la invalidez. Si se trata de la primera solicitud de pensión de invalidez, la licencia médica podrá ser autorizada aunque el diagnóstico invocado en ella sea irrecuperable y hasta que el primer dictamen quede ejecutoriado, aun cuando podrá ser rechazada por otras causales según lo disponga su reglamento, establecido mediante el Decreto Supremo N° 3, de 1984.

Nota de actualización: Este numeral fue modificado por la Norma de Carácter General N° 27, de fecha 7 de noviembre de 2011.

xv. Indicar la fecha de devengamiento de la pensión de invalidez de los trabajadores afectos a normas especiales de acuerdo a lo indicado en la letra b) del N° 1, del Capítulo V "Primer o único dictamen que aprueba una invalidez" de la presente Letra D.

Nota de actualización: Este numeral fue modificado por la Norma de Carácter General N° 27, de fecha 7 de noviembre de 2011.

xvi. Que, si no se encuentra afecto al Código del Trabajo, deberá acompañar a su solicitud de pensión dentro de los cuatro días hábiles siguientes, o presentar posteriormente ante la Comisión Médica Regional, un Certificado de su Empleador que señale la normativa laboral que lo rige.

xvii. Que, existe incompatibilidad entre las pensiones de invalidez de la Ley N° 16.744 relativa a accidentes del trabajo y enfermedades profesionales y las pensiones de invalidez de acuerdo al D.L. N° 3.500, de 1980.

xviii. Que si se encuentra pensionado por invalidez común en otro Régimen Previsional, deberá acompañar a su solicitud o presentar ante la Comisión Médica la Resolución de invalidez emitida, en su oportunidad, por la respectiva Institución de Previsión.

xix. Que una vez notificado el dictamen tendrá derecho al igual que el resto de las partes involucradas, incluyendo al médico asesor o tratante, a acceder al expediente de calificación de invalidez, con el sólo objeto de obtener antecedentes que permitan fundar los reclamos que se presenten ante la Comisión Médica Central.

Nota de actualización: Este literal fue modificado por la Norma de Carácter General N° 27, de fecha 7 de noviembre de 2011 Posteriormente fue modificado por la Norma de Carácter General N° 329, de fecha 13 de diciembre de 2024.

xx. Que los reclamos en contra de los dictámenes que emitan las Comisiones Médicas Regionales de que trata el artículo 11 del D.L. N° 3.500, de 1980, podrán realizarse por medios electrónicos o físicos.

xxi. Que todas las notificaciones, citaciones o comunicaciones que se deban efectuar en todo el proceso de la tramitación de una solicitud de pensión de invalidez, de conformidad a lo dispuesto en el artículo 11 del D.L. N° 3.500, de 1980, se efectuarán preferentemente a través de medios electrónicos (correo electrónico u otro), o por correo certificado cuando el afiliado no pueda ser contactado electrónicamente o no se reciba confirmación automática de recepción de la notificación.

Nota de actualización: Los literales xx. y xxii fueron agregados por la Norma de Carácter General N° 329, de fecha 13 de diciembre de 2024.

d) Si el afiliado adjunta documentación, exámenes e informes médicos, con el objeto de respaldar su solicitud de pensión de invalidez, la Administradora deberá dejar constancia de este hecho en el formulario "Listado de Antecedentes Médicos", ordenando cronológicamente toda la documentación recibida. El formulario suscrito por el afiliado y una persona responsable de la AFP, será enviado a la Comisión Médica Regional que corresponda, junto con la solicitud de pensión, y una copia de dicho formulario deberá ser entregada al afiliado. La Administradora no deberá, bajo ninguna circunstancia, condicionar la recepción de informes médicos que el afiliado desee adjuntar.

Nota de actualización: Esta letra fue reemplazada por la Norma de Carácter General N° 27, de fecha 7 de noviembre de 2011.

e) Analizar la cuenta individual, rezagos y morosidad.

f) Determinar si el afiliado se encuentra o no cubierto por el Seguro de Invalidez y Supervivencia, e informar dicha condición a la respectiva Comisión Médica Regional, y dentro de los 30 días corridos siguientes a la recepción de la solicitud de pensión remitir un informe definitivo de cobertura. El carácter definitivo del informe de cobertura se refiere a los efectos que producirá sobre la ejecutoria de los dictámenes de invalidez.

Nota de actualización: Esta letra fue modificada por la Norma de Carácter General N° 27, de fecha 7 de noviembre de 2011.

Se encontrarán cubiertos por el seguro aquellos afiliados que a la fecha de declaración de la invalidez, se encuentren en alguna de las situaciones siguientes:

i. Trabajador dependiente que se encontraba cotizando en el mes de ocurrencia del siniestro. Para tal efecto se entenderá "que se encontraba cotizando", si el siniestro se produce en el mes en que el afiliado se encontraba prestando servicios o tenía un contrato de trabajo vigente, o se encontraba con subsidio por incapacidad laboral. La cobertura regirá para todo el mes calendario en el que el trabajador prestó servicios. En el caso de trabajadores que inician labores por primera vez, si ocurriera un siniestro antes de haber suscrito su Solicitud de Afiliación al Sistema, se entenderá incorporado a la Administradora en la que el empleador tenga afiliado el mayor número de trabajadores, a la fecha del siniestro.

ii. Afiliado trabajador independiente a que se refiere el inciso primero del artículo 89 del D.L. N° 3.500, de 1980, que hubiese efectuado sus cotizaciones obligatorias en el respectivo proceso de declaración de impuesto a la renta, tendrá una cobertura anual. Dicho trabajador se encontrará cubierto si el fallecimiento o declaración de invalidez conforme a un primer o único dictamen, se produce entre el día 1 de julio del año en que se pagaron las cotizaciones y el día 30 de junio del año siguiente a dicho pago.

Nota de actualización: Este literal fue reemplazado por la Norma de Carácter General N° 200, de fecha 11 de agosto de 2017. Posteriormente, este literal fue reemplazado por la Norma de Carácter General N° 289, de fecha 8 de julio de 2021.

iii. Trabajador dependiente que se encontraba cesante o con servicios suspendidos por un período no mayor a doce meses. Deberá registrar, a lo menos seis meses de cotizaciones en el año anterior, contados desde el último día del mes en que dejó de prestar servicios, las cuales podrán ser en la calidad de trabajador dependiente y corresponder a gratificaciones o remuneraciones, o en la calidad de independiente. También se encontrarán en esta categoría aquellos afiliados trabajadores

dependientes que a la fecha en que fueron declarados inválidos totales por un único dictamen o parciales mediante un primer dictamen, se encuentren con un contrato de trabajo vigente pero con permiso sin goce de remuneración, siempre que el siniestro se produzca dentro del plazo de doce meses contado desde el último día del mes en que los servicios se hayan suspendido y registren como mínimo, seis meses de cotizaciones en el año anterior al último día del mes en que la prestación de servicios se suspendió, en virtud del permiso otorgado por el empleador al trabajador sin goce de remuneración.

Para efectos de determinar la cobertura del seguro de invalidez y sobrevivencia de un trabajador, cuando ingresan a su cuenta personal cotizaciones previsionales producto de subsidios por incapacidad laboral con fecha posterior a la del término de la relación laboral o de la suspensión de servicios, se deberán considerar el o los periodos efectivamente cotizados, esto es, el o los periodos a los cuales corresponden los subsidios informados en la respectiva planilla de pago de cotizaciones.

Nota de actualización: Este párrafo fue incorporado por la Norma de Carácter General N° 200, de fecha 11 de agosto de 2017.

iv. Afiliado voluntario o trabajador independiente a que se refieren los incisos tercero y cuarto del artículo 90, el inciso cuarto del artículo 92, y el artículo 92 L del D.L. N° 3.500, de 1980, si hubiere cotizado en el mes calendario anterior a su muerte o declaración de invalidez conforme a un primer o único dictamen.

Nota de actualización: Este literal fue incorporado por la Norma de Carácter General N° 200, de fecha 11 de agosto de 2017, pasando el original literal iv. a ser v. Posteriormente, este literal fue reemplazado por la Norma de Carácter General N° 289, de fecha 8 de julio de 2021.

v. Trabajador que percibió pensiones transitorias de invalidez parcial, estando cubierto por el seguro.

Para efectos de determinar la cobertura de una nueva solicitud de invalidez, la calidad de pensionado transitorio se asimilará a trabajador dependiente y la pensión transitoria a remuneración.

g) En caso de afiliados cubiertos calcular el ingreso base, de acuerdo a lo señalado en Anexo N° 5 de este Título.

Nota de actualización: Esta letra fue modificada por la Norma de Carácter General N° 27, de fecha 7 de noviembre de 2011.

h) Informar, en el caso de afiliados cubiertos, a la (s) Compañía(s) de Seguros que estuviere(n) cubriendo el siniestro respecto de la solicitud de pensión de invalidez recibida. Enviar conjuntamente con dicha información el formulario "Información Complementaria a la Solicitud de Pensión de Invalidez", contenido en el Anexo N° 1.

i) La Administradora será responsable de verificar los antecedentes que a continuación se indican respecto de las solicitudes de pensión presentadas, de modo de ser oportunamente informados a las Comisiones Médicas Regionales:

i. Correo electrónico, número de teléfono y dirección válidos del solicitante.

ii. Correo electrónico y domicilio de su último empleador o empleadores en caso de que preste servicios para más de uno.

Nota de actualización: El literal i fue reemplazado y el literal ii. fue agregado por la Norma de Carácter General N° 329, de fecha 13 de diciembre de 2024.

iii. Normativa laboral que rige al trabajador cuando no se encuentra afecto al Código del Trabajo.

iv. Territorio jurisdiccional de la Comisión Médica, ciñéndose a lo siguiente:

- Afiliados dependientes: Comisión Médica correspondiente al domicilio del empleador o lugar de la faena o trabajo.

- Afiliados independientes, voluntarios o desempleados, o cuyos servicios se encuentren suspendidos: Comisión Médica correspondiente al domicilio del afiliado.

- Afiliados acogidos a licencia médica: lugar de residencia o lugar de reposo médico.

Nota de actualización: La tercera viñeta de este literal fue modificada por la Norma de Carácter General N° 329, de fecha 13 de diciembre de 2024.

iv. Solicitudes de calificación de invalidez anteriores o requerimiento de ISAPRE. En este caso, se señalará el número de dictamen o resolución correspondiente y el nombre de la Administradora que la solicitó. Lo mismo se hará cuando se trate de solicitudes de beneficiarios.

v. Cotizaciones provenientes de pensión por Ley N° 16.744. Se indicará período y entidad pagadora.

vi. Reclamo pendiente según el Título VII del Libro I, siempre que la materia reclamada afecte su incorporación a la Administradora o al Sistema.

Nota de actualización: Esta letra fue reemplazada por la Norma de Carácter General N° 27, de fecha 7 de noviembre de 2011.