

Libro III, Título I, Anexos

Anexo N° 1 Formularios

1. Solicitudes de pensión

SOLICITUD DE PENSION DE VEJEZ

Fecha

TIPO DE PENSION

Vejez Edad

Vejez Anticipada

ANTECEDENTES AFILIADO	
<input type="text"/>	
Apellidos paterno y materno	Nombres
RUT <input type="text"/>	Estado Civil <input type="text"/> Sexo: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fecha de nacimiento	Profesión o actividad
<input type="text"/>	
Dirección Afiliado (Calle, N ^o , Depto., Población o Villa, Comuna, Ciudad)	
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Teléfono	Institución de Salud
<input type="text"/>	
Dirección Empleador (Calle, N ^o , Depto., Población o Villa, Comuna, Ciudad)	
RUT Empleador <input type="text"/>	Fono Empleador <input type="text"/>

OTROS ANTECEDENTES		
Desea Pensión Preliminar	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Solicita PGU (solo para afiliados con 65 años cumplidos)		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Recibe Pensión Antiguo Sistema		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Recibe pensión de invalidez de este Sistema		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Desea que su pensión se ajuste a dos unidades de fomento si resulta inferior a esta cifra.		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Afecto al Estatuto Administrativo o Leyes números 18.883, 19.070, 19.378 o artículo 332 número 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"/>
Destinará Cotizaciones Voluntarias al financiamiento de su pensión		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Destinará Depósitos de Ahorro Previsional Voluntario al financiamiento de su pensión		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Traspasara 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"/>
Tiene Depósitos Convenidos	No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>	Donde <input type="text"/>
Tiene Cotizaciones en otro país	No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>	País <input type="text"/>
Tiene Periodos de Residencia en otro país	No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>	País <input type="text"/>
Desea cambiar de Tipo de Fondo	No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
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.		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

REVERSO SOLICITUD DE PENSION DE VEJEZ

DECLARACION DE BENEFICIARIOS

Apellido paterno, materno, nombres	Sexo	RUT	Fecha de Nacimiento	Parentesco	Invalido (Si/No)

OBSERVACIONES

EN CASO QUE DEBA ACREDITARSE UN MATRIMONIO DEBERA INDICAR FECHA Y CIRCUNSCRIPCION PARA QUE LA AFP PUEDA SOLICITAR EL CERTIFICADO DE MATRIMONIO AL SERVICIO DE REGISTRO CIVIL E IDENTIFICACION. EN EL CASO DEL HIJO POR NACER CON AL MENOS CINCO MESES DE GESTACION, SE REQUERIRA LA RESPECTIVA CERTIFICACION MEDICA.

NOTAS:

LOS DEPOSITOS CONVENIDOS ENTERADOS EN OTRA AFPO INSTITUCION AUTORIZADA DEBERAN SER TRASPASADOS POR EL AFILIADO A SU CUENTA INDIVIDUAL DE MODO QUE FORMEN PARTE DEL FINANCIAMIENTO DE SU PENSION.

ASIMISMO TIENE EL DERECHO A UTILIZAR EN EL FINANCIAMIENTO DE SU PENSION LOS RECURSOS ORIGINADOS POR COTIZACIONES VOLUNTARIAS Y/O DEPOSITOS DE AHORRO PREVISIONAL VOLUNTARIO INDIVIDUAL O COLECTIVO QUE ESTIME CONVENIENTE

SOLICITUD DE PENSIÓN DE INVALIDEZ	
Fecha	
ANTECEDENTES AFILIADO	
Apellidos paterno y materno Nombres	
RUT <input style="width: 100px;" type="text"/>	Estado Civil <input style="width: 100px;" type="text"/> Sexo F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
Fecha de nacimiento <input style="width: 150px;" type="text"/>	Profesión o actividad <input style="width: 200px;" type="text"/>
Dirección Afiliado (calle, N.º, block, N.º depto. o casa, población/villa y comuna)	
Teléfono Celular/Fijo <input style="width: 100px;" type="text"/>	Correo Electrónico <input style="width: 150px;" type="text"/> Institución de Salud <input style="width: 150px;" type="text"/>
Nombre y dirección Empleador (Calle, N.º, Depto., Población o Villa, Comuna, Ciudad)	
RUT Empleador <input style="width: 150px;" type="text"/>	Fono Empleador <input style="width: 100px;" type="text"/>
<input style="width: 150px;" type="text"/>	<input style="width: 150px;" type="text"/>
Correo Electrónico Empleador	Domicilio Empleador (calle, N.º, N.º depto., población/villa y comuna)
CAUSAL DE LA INVALIDEZ	
De acuerdo a la información que Ud. posee, la invalidez fue ocasionada por: (*)	
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Enfermedad común o accidente común <input type="checkbox"/> Enfermedad producida por su trabajo <input type="checkbox"/> Accidente laboral o de trayecto <input type="checkbox"/> No sabe 	<div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px;"></div>
Constancia/denuncia (N.º, fecha, unidad policial) _____	
(*) Si la causal de invalidez es de origen laboral, puede dar derecho a beneficios de la Ley N.º 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
Desea Pensión Preliminar	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Solicita APS de Invalidez	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Recibe Pensión Antiguo Sistema	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Si usted fuere calificado como invalido parcial transitorio, desea que el monto de su pensión se ajuste al monto de Básica Solidaria de Invalidez, si resulta inferior a ella.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Si usted fuere calificado como inválido total mediante un único dictamen, desea que el monto de su pensión se ajuste a dos Unidades de Fomento si resulta inferior a esta cifra	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Afecto al Estatuto Administrativo Ley 18.834 o Leyes 18.883, 19.070, 19.378 o artículo 332 número 6 del Código Orgánico de Tribunales, respecto de los cuales la obtención de pensión implica cesación en el cargo	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Destinará Cotizaciones Voluntarias al financiamiento de su pensión	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Destinará Depósitos de Ahorro Previsional Voluntario al financiamiento de su pensión	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Traspasará Fondos desde su Cuenta de Ahorro Voluntario	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Traspasará Fondos de Ahorro Previsional Voluntario Colectivo	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Tiene Depósitos Convenidos en otra AFP y/o Institución Autorizada	No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Donde _____
Tiene Cotizaciones en otro país	No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> País _____
Tiene Periodos de Residencia en otro país	No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> País _____
Desea cambiar de Tipo de Fondo su ahorro obligatorio	No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>
En cuál de las siguientes situaciones se encuentra el afiliado:	
- Trabajador dependiente	<input style="width: 50px;" type="text"/>
- Desempleado por un período no mayor a doce meses	<input style="width: 50px;" type="text"/>
- Trabajador Independiente	<input style="width: 50px;" type="text"/>
- Afiliado voluntario	<input style="width: 50px;" type="text"/>
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 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	

AUTORIZACIÓN DE CALIFICACIÓN REMOTA DE LA INVALIDEZ

Las situaciones excepcionales que se mencionan a continuación podrían implicar que la Comisión Médica que está realizando su evaluación, le solicite que dicha evaluación pueda realizarse de forma remota. Se solicita a usted leer las situaciones que se plantean y responder la pregunta al final del texto:

1. Situaciones de emergencia o contingencia que impidan realizar atenciones presenciales, tales como cortes de agua, cortes de energía eléctrica, fuga de gas u otras situaciones que afecten a la sede de la Comisión Médica Regional, esto sólo mientras dure la emergencia.
2. Situaciones de riesgo general que impidan la atención en la sede y/o el desplazamiento de los solicitantes, tales como, inundaciones, incendios, sismos, indisponibilidad del transporte público u otros que produzcan el mismo efecto, esto solo mientras dure la emergencia.
3. Solicitantes que tengan domicilios rurales extremos o de muy difícil traslado hacia la Comisión Médica Regional conforme al criterio fundado del presidente de esa Comisión al momento de la asignación del caso para la evaluación médica.
4. Solicitantes que se determinen durante el proceso, de acuerdo con el sistema de identificación de los impedimentos invocados por los solicitantes, conforme a criterios de priorización aplicados por la Comisión para agilizar el trámite de aquellos solicitantes portadores de patologías ominosas y/o de riesgo vital.
5. Otras condiciones de salud específicas y/o generales que deberán determinarse según el mejor criterio de cada Comisión.

¿En el caso de ocurrencia de alguna de las situaciones excepcionales mencionadas, acepta usted que la evaluación médica, destinada a determinar su grado de invalidez, sea realizada de forma remota, ya sea por videoconferencia, videollamada o vía telefónica, por el médico asignado a su caso?

Marque con una X su respuesta:

SÍ -----

NO-----

¿Desea ser contactado por la Administradora para que lo oriente en el proceso de calificación de su grado de invalidez?

SÍ -----

NO-----

Firma Afiliado

REVERSO SOLICITUD DE PENSIÓN DE INVALIDEZ

DECLARACIÓN DE BENEFICIARIOS

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

OBSERVACIONES

IMPORTANTE: LAS NOTIFICACIONES O COMUNICACIONES QUE SE DEBAN EFECTUAR EN TODO EL PROCESO DE LA TRAMITACIÓN DE ESTA SOLICITUD SE EFECTUARÁN PREFERENTEMENTE A TRAVÉS DEL CORREO ELECTRÓNICO O AL NÚMERO DE TELÉFONO INFORMADO POR EL SOLICITANTE.

EN CASO DE NO INFORMAR CORREO ELECTRÓNICO U OTRO MEDIO ELECTRONICO DE CONTACTO O EN EL CASO QUE NO SE TENGA CONFIRMACIÓN DE RECEPCIÓN AUTOMÁTICA DE LA NOTIFICACIÓN, LAS NOTIFICACIONES O COMUNICACIONES SE EFECTUARÁN POR CORREO CERTIFICADO.

POR FAVOR, INFORME SU NÚMERO DE TELÉFONO Y CORREO ELECTRÓNICO CORRECTAMENTE

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. EN EL CASO DEL HIJO POR NACER CON AL MENOS CINCO MESES DE GESTACIÓN, SE REQUERIRÁ LA RESPECTIVA CERTIFICACIÓN MÉDICA.

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.

Firma del Afiliado

Timbre y Firma funcionario responsable AFP

INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA A LA SOLICITUD DE PENSIÓN DE INVALIDEZ
(A llenar por la Administradora)

Información de últimos períodos cotizados:

Período Cotizado (Últimas 36 cotizaciones)	RUT Empleador o entidad pagadora
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	
7.	
8.	
9.	
10.	
11.	
12.	
13.	
14.	
15.	
16.	
17.	
18.	
19.	
20.	
21.	
22.	
23.	
24.	
25.	
26.	
27.	
28.	
29.	
30.	
31.	
32.	
33.	
34.	
35.	
36.	

Presentó solicitud de invalidez anteriormente:

Si Fecha de presentación ____/____/____
No

SOLICITUD DE PENSION DE SOBREVIVENCIA

Fecha

ANTECEDENTES AFILIADO CAUSANTE	
<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> <p>Apellidos paterno y materno Nombres</p> <p>RUT <input style="width: 150px;" type="text"/> Estado Civil <input style="width: 80px;" type="text"/> Sexo: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/></p> <p>Fecha Fallecimiento <input style="width: 120px;" type="text"/></p> <p>De acuerdo a la información que Ud. posee, el siniestro fue ocasionado por: (*)</p> <p>- Enfermedad No <input type="checkbox"/> Si, especifique: <input style="width: 150px;" type="text"/> No Sabe <input type="checkbox"/></p> <p>- Accidente del trabajo o de trayecto No <input type="checkbox"/> Si, especifique: <input style="width: 150px;" type="text"/> No Sabe <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;">Constancia/denuncia (Nº, fecha, unidad policial): _____</p> <p>(*) Si la <u>causa</u> del fallecimiento es de origen laboral, puede dar derecho a beneficios de la Ley N° 18.744, 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.</p> <p>Profesión, actividad u oficio del afiliado al momento del fallecimiento: _____</p> <p>En cuál de las siguientes situaciones se encontraba el afiliado:</p> <p>- Trabajador dependiente que se encontraba prestando servicios <input type="checkbox"/></p> <p>- Desempleado por un periodo no mayor a doce meses <input type="checkbox"/></p> <p>- Trabajador Independiente <input type="checkbox"/></p> <p>- Afiliado voluntario <input type="checkbox"/></p> <p>El afiliado tenía:</p> <p>- Depósitos de Ahorro Previsional Voluntario en alguna Institución Autorizada No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Donde _____</p> <p>- Depósitos Convenidos en otra AFP y/o Institución Autorizada No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Donde _____</p> <p>- Ahorro previsional voluntario colectivo en otra AFP y/o Institución Autorizada No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Donde _____</p> <p>- Cotizaciones en otro país No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> País _____</p> <p>- Periodos de residencia en otro país No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> País _____</p>	
PAGO PRELIMINAR	
<p>Desea Pensión Preliminar Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p>	
AJUSTES DE PENSIÓN	
<p>Desea que su pensión se ajuste a dos Unidades de Fomento si resulta inferior a esta cifra. No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/></p>	
TIPO DE FONDO DE PENSIONES	
<p>Desea cambiar de Tipo de Fondo No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Fondos seleccionados Fondo _____ % Fondo _____ %</p>	
ANTECEDENTES BENEFICIARIOS DE PENSIÓN	
<p>CÓNYUGE <input type="checkbox"/> CONVIVIENTE CIVIL <input type="checkbox"/></p> <p>Apellidos paterno y materno Nombres</p> <p>Fecha Nacimiento Sexo F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> RUT</p> <p>Fecha Matrimonio o <input style="width: 60px;" type="text"/> Lugar de Inscripción _____</p> <p>Fecha acuerdo de Unión Civil <input style="width: 150px;" type="text"/></p> <p>Dirección Teléfono Correo Electrónico</p>	
<p>_____</p> <p>FIRMA BENEFICIARIO</p>	

REVERSO SOLICITUD DE PENSIÓN DE SOBREVIVENCIA**HIJO**

Apellidos paterno y materno

Nombres

Fecha Nacimiento

Sexo

F

M

RUT

Dirección y Teléfono

FIRMA BENEFICIARIO**OTRO TIPO BENEFICIARIO ...**

Apellidos paterno y materno

Nombres

Fecha Nacimiento

Sexo

F

M

Relación de Parentesco

RUT

Dirección y Teléfono

Observaciones

FIRMA BENEFICIARIO**EN CASO DE SOLICITARSE A TRAVÉS DE UN MANDATARIO O BENEFICIARIO REPRESENTANTE****IDENTIFICACIÓN MANDATARIO O REPRESENTANTE**

Apellido Paterno y Materno

Nombres

Relación de parentesco con el afiliado

RUT

Dirección y Teléfono

FIRMA MANDATARIO O REPRESENTANTE

Los arriba firmantes no / si autorizamos a AFP..... a emitir los datos personales de cada uno de los beneficiarios, nombre, Rut, dirección, como asimismo la información del saldo de la cuenta individual, en un LISTADO PÚBLICO DE INFORMACIÓN.

Por otra parte, autorizamos requerir del Servicio de Registro Civil e Identificación cualquier información del afiliado causante y de sus beneficiarios, necesaria para acreditar el derecho al beneficio. Además, declaramos no saber de la existencia de algún otro beneficiario de pensión y de 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.

INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA A LA SOLICITUD DE PENSIÓN DE SOBREVIVENCIA
(A llenar por la Administradora)

Información de últimos periodos cotizados:

Mes de remuneración (Últimas 36 cotizaciones)	RUT Empleador
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	
7.	
8.	
9.	
10.	
11.	
12.	
13.	
14.	
15.	
16.	
17.	
18.	
19.	
20.	
21.	
22.	
23.	
24.	
25.	
26.	
27.	
28.	
29.	
30.	
31.	
32.	
33.	
34.	
35.	
36.	

REVERSO SOLICITUD DE PENSION ADICIONAL**DECLARACION DE BENEFICIARIOS**

Apellido paterno, materno, nombres	Sexo	RUT	Fecha de Nacimiento	Parentesco	Invalidez (Si/No)

EN EL CASO DEL HIJO POR NACER CON AL MENOS CINCO MESES DE GESTACION, SE REQUERIRA LA RESPECTIVA CERTIFICACION MEDICA.

NOTAS:

LOS DEPOSITOS CONVENIDOS ENTERADOS EN OTRA AFPO INSTITUCION AUTORIZADA DEBERAN SER TRASPASADOS POR EL AFILIADO A SU CUENTA INDIVIDUAL DE MODO QUE FORMEN PARTE DEL FINANCIAMIENTO DE SU PENSION.

ASIMISMO TIENE EL DERECHO A UTILIZAR EN EL FINANCIAMIENTO DE SU PENSION LOS RECURSOS ORIGINADOS POR COTIZACIONES VOLUNTARIAS Y/O DEPOSITOS DE AHORRO PREVISIONAL VOLUNTARIO INDIVIDUAL O COLECTIVO QUE ESTIME CONVENIENTE

Firma del Afiliado

Timbre y Firma funcionario responsable AFP

Nota de actualización: La Norma de Carácter General N° 27, de fecha 7 de noviembre de 2011, reemplazó la Solicitud de Pensión de Vejez, la Solicitud de Pensión de Invalidez y la Solicitud de Pensión Adicional -Afiliado Pensionado. Posteriormente, la Norma de Carácter General N° 153, de fecha 11 de septiembre de 2015, modificó la solicitud de pensión de sobrevivencia. A su vez, la la Norma de Carácter General N° 329, de fecha 13 de diciembre de 2024, modificó la Solicitud de Pensión de Invalidez.

2. Calificación de la Invalidez

SOLICITUD DE CALIFICACION DE INVALIDEZ - TRABAJADOR AFILIADO

_____, _____ de _____ de 2.....

Al

Señor Presidente

Comisión Médica _____ Región
de la Superintendencia de A.F.P.

Sírvase someter a examen por esa Comisión Médica, al trabajador afiliado a esta Administradora de Fondos de Pensiones, cuyos datos se indican a continuación y dictaminar sobre su capacidad de trabajo, para otorgarle el beneficio de Pensión de Invalidez, establecido en el artículo 4°.

APELLIDO MATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES
R.U.T.	CEDULA IDENTIDAD N°	GABINETE
FECHA DE AFILIACION NUEVO SISTEMA	FECHA DE INCORPORACION ULTIMA A.F.P.	
ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES	DIRECCION CALLE N°	CIUDAD
COMPANIA ASEGURADORA DE INVALIDEZ	DIRECCION CALLE	CIUDAD
PORCENTAJE ARANCEL ¹ DE CARGO DEL AFILIADO		_____-%

FIRMA, TIMBRE Y FECHA
RECEPCIÓN
COMISION MEDICA REGIONAL

FIRMA, TIMBRE Y FECHA
RECEPCIÓN
ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES

¹ En los formularios relativos a Solicitud de Calificación de Invalidez, Solicitud de Reevaluación y Dictámenes de Invalidez, en el casillero de Compañía cuando se trate de un siniestro cubierto por más de una Compañía se deberá indicar cada una de las Compañías involucradas o un código que las identifique. En el rubro dirección se podrá indicar la del Mandatario, si correspondiere.

FICHA DE DATOS PERSONALES PARA SOLICITUD DE CALIFICACION DE INVALIDEZ

I. EDUCACION

(Especifique Nivel Exacto)

- Analfabeto
- Básica o Primaria
- Media o Secundaria
- Superior

II. ANTECEDENTES LABORALES

A. Profesión, Oficio o Trabajo

- Sector Público Sector Privado Sector Municipal Independiente
- Sector Municipal Docente Sector Poder Judicial

B. Situación Laboral Actual

- Trabajando
- Desempleado
- Acojido Licencia Médica Desde Hasta

Renovación Licencias Médicas	Desde	Hasta
	Desde	Hasta

III. ENTIDAD PAGADORA DE SUBSIDIOS

IV. ACCIDENTE DEL TRABAJO O ENFERMEDAD PROFESIONAL

(Nombre Institución en la que se encuentra asegurado)

Caja de Previsión _____

Mutual de Empleadores _____

Ha sufrido algún Accidente del Trabajo o Enfermedad Profesional? SI NO

Fecha del Accidente o Enfermedad profesional _____

Recibió indemnización por este motivo? SI NO

Recibe pensión por esta causal? SI NO

Entidad que evaluó y/o pago subsidio _____

Fecha recepción A.F.P.

Agencia, domicilio o Hospital _____

Nombre de la persona que verificó la identidad del afiliado: _____

FIRMA DEL AFILIADO

FIRMA Y TIMBRE RECEPCION
ADMINISTRADORA DE FONDOS DE
PENSIONES

LISTADO DE ANTECEDENTES MEDICOS APORTADOS

Listado de los exámenes, certificados, informes médicos y antecedentes en general, aportados por el afiliado o beneficiario. Consignar la fecha, naturaleza, profesional o entidad que lo emitió.

FECHA EXAMEN	TIPO EXAMEN	NOMBRE MEDICO FIRMANTE O ENTIDAD EMISORA	RUT MEDICO FIRMANTE

ATENCION: Los exámenes e informes médicos aportados por el afiliado no se devuelven excepto previa autorización del Presidente de la Comisión Médica Regional.

FIRMA PERSONA RESPONSABLE A.F.P.

FIRMA AFILIADO O HUELLA DIGITAL

N°
FECHA

(Uso Comisión Médica)

SOLICITUD DE CALIFICACION DE INVALIDEZ HIJO DE AFILIADO

_____, ____ de _____ de 2.....

Al**Señor Presidente Comisión Médica _____ Región
de la Superintendencia de Pensiones**

Sírvase someter a examen por esa Comisión Médica, a la persona cuyos datos a continuación se indican y dictaminar sobre su capacidad de trabajo, para otorgarle el beneficio de Pensión de Sobrevivencia, establecido en el artículo 5° del Decreto Ley N° 3.500, de 1980:

I. IDENTIFICACION DEL BENEFICIARIO

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES
R.U.T.	CEDULA IDENTIDAD N°	GABINETE
LUGAR DE NACIMIENTO	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD
CALLE N°	DEPTO. FONO VILLA POBL.	COMUNA CIUDAD

II. IDENTIFICACION DEL AFILIADO, FALLECIDO / PENSIONADO INVALIDEZ / PENSIONADO VEJEZ (tarjar lo que no corresponda)

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES
R.U.T.	CÉDULA NAC. IDENTIDAD N°	FECHA FALLECIMIENTO
ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES	CALLE N°	CIUDAD
PORCENTAJE ARANCEL DE CARGO DEL BENEFICIARIO		_____ %

 FIRMA (HUELLA DIGITAL)
 BENEFICIARIO O APODERADO

 FIRMA, TIMBRE Y FECHA RECEPCION
 COMISION MEDICA REGIONAL

 FIRMA, TIMBRE Y FECHA RECEPCION
 ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES

Nº
FECHA
(USO COMISION MÉDICA)

SOLICITUD DE CALIFICACION DE INVALIDEZ - ISAPRE

_____ de _____ de 2.....

DE : INSITUACIONES DE SALUD PREVISIONAL
A : ADMINISTRADORA DE PENSIONES

Por la presente se requiere a esa A.F.P. que solicite a la Comisión Médica correspondiente de la Superintendencia de Pensiones, que someta a examen médico a nuestro cotizante que más adelante se individualiza y afiliado a esa Administradora, para calificar su grado de invalidez, en virtud de lo establecido en el Artículo Nº 38, inciso séptimo de la Ley Nº 18.933, de 1990, y el Artículo Nº 22 del D.S. Nº 3 del "Ministerio de Salud".

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES
R.U.T.	CEDULA IDENTIDAD Nº	GABINETE
_____	_____	_____
CALLE Nº	DEPTO. TELEFONO VILLA/POBL.	COMUNA CIUDAD
PROFESION O ACTIVIDAD	FECHA NACIMIENTO	EDAD
_____	_____	_____
EMPLEADOR		R.U.T.
_____	_____	_____
CALLE Nº	DEPTO. TELEFONO VILLA/POBL.	COMUNA CIUDAD

ANTECEDENTES ADJUNTOS:

FIRMA REPRESENTANTE LEGAL ISAPRE

FIRMA, TIMBRE Y FECHA
RECEPCION
COMISION MÉDICA REGIONAL

FIRMA, TIMBRE Y FECHA
RECEPCION
ADMINISTRADORA DE FONDOS DE
PENSIONES

Nº
FECHA
(USO COMISION
MÉDICA)

SOLICITUD DE REEVALUACION

Al _____ de _____ de 20__
 Al
 Señor Presidente
 Comisión Médica _____ Región
 de la Superintendencia de Pensiones

Sírvase someter a examen por esa Comisión Médica, al trabajador afiliado a esta Administradora de Fondos de Pensiones, cuyos datos se indican a continuación y dictaminar sobre su capacidad de trabajo, para otorgarle el beneficio de Pensión de Invalidez, establecido en el Artículo 4º.]

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES
R.U.T.	CEDULA IDENTIDAD N°	EDAD
DOMICILIO CALLE N°	DEPTO. VILLA/POBL. FONO	COMUNA CIUDAD
CORREO ELECTRONICO	TELEFONO CELULAR/FIJO	
EMPLEADOR	DIRECCION	CIUDAD
CORREO ELECTRONICO EMPLEADOR	TELEFONO CELULAR/FIJO EMPLEADOR	

Primer Dictamen: N° _____ Fecha _____

ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES	DIRECCION	CIUDAD
COMPAÑIA A SEGUADORA DE INVALIDEZ	DIRECCION	CIUDAD
ENTIDAD PAGADORA DE SUBSIDIOS	DIRECCION	CIUDAD
PORCENTAJE ARANCEL DE CARGO DEL BENEFICIARIO		_____ %

El solicitante debe responder a continuación:

- I. **LISTADO PUBLICO:** El afiliado abajo firmante autoriza a AFP..... a publicar sus datos personales (nombre, dirección y Rut) y los de cada uno de mis beneficiarios de pensión, como asimismo la información del saldo de la cuenta individual, en un **LISTADO PUBLICO**.

Marque con una X su respuesta:

SÍ -----

NO-----

II. "AUTORIZACIÓN DE CALIFICACIÓN REMOTA DE LA INVALIDEZ:

Las situaciones excepcionales que se mencionan a continuación podrían implicar que la Comisión Médica que está realizando su evaluación, le solicite que dicha evaluación pueda realizarse de forma remota. Se solicita a usted leer las situaciones que se plantean y responder la pregunta al final del texto:

1. Situaciones de emergencia o contingencia que impidan realizar atenciones presenciales, tales como cortes de agua, cortes de energía eléctrica, fuga de gas u otras situaciones que afecten a la sede de la Comisión Médica Regional, esto sólo mientras dure la emergencia.
2. Situaciones de riesgo general que impidan la atención en la sede y/o el desplazamiento de los solicitantes, tales como inundaciones, incendios, sismos, indisponibilidad del transporte público u otros que produzcan el mismo efecto, esto solo mientras dure la emergencia.
3. Solicitantes que tengan domicilios rurales extremos o de muy difícil traslado hacia la Comisión Médica Regional conforme al criterio fundado del presidente de esa Comisión al momento de la asignación del caso para la evaluación médica.
4. Solicitantes que se determinen durante el proceso, de acuerdo con el sistema de identificación de los impedimentos invocados por los solicitantes, conforme a criterios de priorización aplicados por la Comisión para agilizar el trámite de aquellos solicitantes portadores de patologías ominosas y/o de riesgo vital.
5. Otras condiciones de salud específicas y/o generales que deberán determinarse según el mejor criterio de cada Comisión.

¿En el caso de ocurrencia de alguna de las situaciones excepcionales mencionadas, acepta usted que la evaluación médica de su enfermedad, destinada a determinar su grado de invalidez, sea realizada de forma remota, ya sea por videoconferencia, videollamada o vía telefónica, por el médico asignado a su caso?

Marque con una X su respuesta:

SÍ _____
NO_____

¿Desea ser contactado por la Administradora para que lo oriente en el proceso de calificación de su grado de invalidez?

SÍ _____
NO_____

NOTA IMPORTANTE: LAS NOTIFICACIONES O COMUNICACIONES QUE SE DEBAN EFECTUAR EN TODO EL PROCESO DE LA TRAMITACIÓN DE ESTA SOLICITUD SE EFECTUARÁN PREFERENTEMENTE A TRAVÉS DEL CORREO ELECTRÓNICO O DEL NÚMERO DE TELÉFONO INFORMADO POR EL SOLICITANTE.

EN CASO DE NO INFORMAR CORREO ELECTRÓNICO U OTRO MEDIO ELECTRONICO DE CONTACTO O EN EL CASO QUE NO SE TENGA CONFIRMACIÓN DE RECEPCIÓN AUTOMÁTICA DE LA NOTIFICACIÓN, LAS NOTIFICACIONES O COMUNICACIONES SE EFECTUARÁN POR CORREO CERTIFICADO.

POR FAVOR, INFORME SU CORREO ELECTRÓNICO CORRECTAMENTE

FIRMA O HUELLA DIGITAL
AFILIADO

*SUPERINTENDENCIA DE PENSIONES
COMISIÓN MÉDICA DE LA REGIÓN

FECHA MÁXIMA DE APELACIÓN
Fecha de Dictamen
Dictamen N°
Sesión N°

**DICTAMEN DE INVALIDEZ
SOLICITUD DE PENSIÓN AFP
TRABAJADOR AFILIADO**

IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR AFILIADO

NOMBRES :
R.U.T. :
DIRECCIÓN :
COMUNA :

CED. IDENTIDAD:
N° DEPTO. :
CIUDAD :

POBL. :
TELÉFONO :

EMPLEADOR :
DIRECCIÓN :
COMUNA :

N° :
CIUDAD :

DEPTO. :

A.F.P. :
DIRECCIÓN :
COMUNA :

CIUDAD :

COMPAÑÍA ASEGURADORA DE INVALIDEZ : ASOCIACIÓN DE ASEGURADORES DE CHILE A.G.
DIRECCIÓN : LA CONCEPCIÓN 351
COMUNA : PROVIDENCIA

CIUDAD : SANTIAGO

ENTIDAD PAGADORA SUBSIDIO:
DIRECCIÓN:

COMUNA : CIUDAD :

VISTOS:

Menoscabo de la capacidad de trabajo: ()

CONSIDERANDO:

POR LO TANTO ACUERDA:

DEVENGAMIENTO:

OBSERVACIONES:

Dr(a).

SECRETARIO

Dr(a).

PRESIDENTE

NOTIFICACION:

NOTA: El presente dictamen es reclamable por el afiliado o solicitante afectado, por la AFP, y la Compañía de Seguros ante la Comisión Médica Central de la Superintendencia de Pensiones. El reclamo deberá presentarse por escrito en esta Comisión Médica Regional, dentro del plazo de 15 días hábiles contados desde su notificación, la que se entiende efectuada al quinto día de la certificación del despacho por correo.

En caso de no presentarse reclamo en contra de este dictamen o que habiéndose presentado es resuelto por la Comisión Médica Central, quedará ejecutoriado, se notificará a las partes y producirá sus efectos legales.

Este documento ha sido firmado electrónicamente con la firma digital de y de .

SUPERINTENDENCIA DE PENSIONES
COMISIÓN MÉDICA DE LA REGIÓN

FECHA MÁXIMA DE APELACIÓN
Fecha de Dictamen
Dictamen N°
Sesión N°

DICTAMEN DE INVALIDEZ SOLICITANTE PENSIÓN BÁSICA SOLIDARIA

IDENTIFICACIÓN DEL SOLICITANTE

NOMBRES	:			
R.U.T.	:			
DIRECCIÓN	:			
COMUNA	:			
	:	N		
	:		CED. IDENTIDAD:	
	:		DEPTO.	
	:		CIUDAD	:
	:			POBL.
	:			TELÉFONO

INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL

CAPRI / SUCURSAL	:			
DIRECCIÓN	:			
COMUNA	:			
MUNICIPIO	:			
	:		CIUDAD	:
	:		COMUNA	:

VISTOS:

Menoscabo de la capacidad de trabajo: ()

CONSIDERANDO:

POR LO TANTO ACUERDA:

DEVENGAMIENTO:

OBSERVACIONES:

Dr(a).

SECRETARIO

Dr(a).

PRESIDENTE

NOTIFICACION:

NOTA: El presente dictamen es reclamable por el afiliado o solicitante afectado, por la AFP, y la Compañía de Seguros ante la Comisión Médica Central de la Superintendencia de Pensiones. El reclamo deberá presentarse por escrito en esta Comisión Médica Regional, dentro del plazo de 15 días hábiles contados desde su notificación, la que se entiende efectuada al quinto día de la certificación del despacho por correo.

En caso de no presentarse reclamo en contra de este dictamen o que habiéndose presentado es resuelto por la Comisión Médica Central, quedará ejecutoriado, se notificará a las partes y producirá sus efectos legales.

Este documento ha sido firmado electrónicamente con la firma digital de y de .

SUPERINTENDENCIA DE PENSIONES
COMISIÓN MÉDICA DE LA REGIÓN

FECHA MÁXIMA DE APELACIÓN
Fecha de Dictamen
Dictamen N°
Sesión N°

DICTAMEN DE INVALIDEZ SOLICITUD DE BENEFICIARIO

IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO

NOMBRES :
R.U.T. :
DIRECCIÓN :
COMUNA :

CED. IDENTIDAD:
N° DEPTO.
CIUDAD :

POBL. :
TELÉFONO :

IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR AFILIADO

NOMBRES :
R.U.T. :
DIRECCIÓN :
COMUNA :

CED. IDENTIDAD:
N° DEPTO.
CIUDAD :

POBL. :
TELÉFONO :

VISTOS:

Menoscabo de la capacidad de trabajo: ()

CONSIDERANDO:

POR LO TANTO ACUERDA:

DEVENGAMIENTO:

OBSERVACIONES:

Dr(a).

SECRETARIO

Dr(a).

PRESIDENTE

NOTIFICACION:

NOTA: El presente dictamen es reclamable por el afiliado o solicitante afectado, por la AFP, y la Compañía de Seguros ante la Comisión Médica Central de la Superintendencia de Pensiones. El reclamo deberá presentarse por escrito en esta Comisión Médica Regional, dentro del plazo de 15 días hábiles contados desde su notificación, la que se entiende efectuada al quinto día de la certificación del despacho por correo.

En caso de no presentarse reclamo en contra de este dictamen o que habiéndose presentado es resuelto por la Comisión Médica Central, quedará ejecutoriado, se notificará a las partes y producirá sus efectos legales.

Este documento ha sido firmado electrónicamente con la firma digital de y de

SUPERINTENDENCIA DE PENSIONES
COMISION MÉDICA DE LA REGIÓN

FECHA MÁXIMA DE APELACIÓN
Fecha de Dictamen
Dictamen N°
Sesión N°

**DICTAMEN DE REEVALUACIÓN DE INVALIDEZ
TRABAJADOR AFILIADO**

IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR AFILIADO

NOMBRES : R.U.T. : DIRECCIÓN : COMUNA :	N°	CED. IDENTIDAD: DEPTO. : CIUDAD :	POBL. : TELÉFONO :
EMPLEADOR : DIRECCIÓN : COMUNA :	N° : CIUDAD :		DEPTO. :
A.F.P. : DIRECCIÓN : COMUNA :		CIUDAD :	
ENTIDAD PAGADORA SUBSIDIO : DIRECCIÓN :		COMUNA :	CIUDAD :

VISTOS:

Menoscabo de la capacidad de trabajo: ()

CONSIDERANDO:

POR LO TANTO ACUERDA:

DEVENGAMIENTO:

OBSERVACIONES:

Dr(a).

SECRETARIO

Dr(a).

PRESIDENTE

NOTIFICACION:

NOTA: El presente dictamen es reclamable por el afiliado o solicitante afectado, por la AFP, y la Compañía de Seguros ante la Comisión Médica Central de la Superintendencia de Pensiones. El reclamo deberá presentarse por escrito en esta Comisión Médica Regional, dentro del plazo de 15 días hábiles contados desde su notificación, la que se entiende efectuada al quinto día de la certificación del despacho por correo.

En caso de no presentarse reclamo en contra de este dictamen o que habiéndose presentado es resuelto por la Comisión Médica Central, quedará ejecutoriado, se notificará a las partes y producirá sus efectos legales.

Este documento ha sido firmado electrónicamente con la firma digital de y de .

SUPERINTENDENCIA DE PENSIONES
COMISIÓN MÉDICA DE LA REGIÓN

FECHA MÁXIMA DE APELACIÓN
Fecha de Dictamen
Dictamen N°
Sesión N°

DICTAMEN DE REEVALUACIÓN DE INVALIDEZ PRENSIÓN BÁSICA SOLIDARIA

IDENTIFICACIÓN DEL SOLICITANTE

NOMBRES :
R.U.T. :
DIRECCIÓN :
COMUNA :

N°

GED. IDENTIDAD:
DEPTO. :
CIUDAD :

POBL. :
TELÉFONO :

INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL

CAPRI / SUCURSAL :
DIRECCIÓN :
COMUNA :
MUNICIPIO :

CIUDAD :
COMUNA :

VISTOS:

Menoscabo de la capacidad de trabajo: ()

CONSIDERANDO:

POR LO TANTO ACUERDA:

DEVENGAMIENTO:

OBSERVACIONES:

Dr(a).

SECRETARIO

Dr(a).

PRESIDENTE

NOTIFICACION:

NOTA: El presente dictamen es reclamable por el afiliado o solicitante afectado, por la AFP, y la Compañía de Seguros ante la Comisión Médica Central de la Superintendencia de Pensiones. El reclamo deberá presentarse por escrito en esta Comisión Médica Regional, dentro del plazo de 15 días hábiles contados desde su notificación, la que se entiende efectuada al quinto día de la certificación del despacho por correo.

En caso de no presentarse reclamo en contra de este dictamen o que habiéndose presentado es resuelto por la Comisión Médica Central, quedará ejecutoriado, se notificará a las partes y producirá sus efectos legales.

Este documento ha sido firmado electrónicamente con la firma digital de y de .*

SOLICITUD DE INCORPORACION AL INDICE DE MEDICOS INTERCONSULTORES

FECHA SOLICITUD:

NOMBRE DEL SOLICITANTE

(Apellido Paterno)

(Apellido Materno)

(Nombres)

R.U.T. ;

ESPECIALIDAD

.....

DIRECCION

.....

TELEFONO.....,

CELULAR:.....

CORREO

ELECTRONICO:.....

CIUDAD.....

.....

Vengo en solicitar al Sr(a). Superintendente de Pensiones, mi incorporación al índice de médicos interconsultores.

Para este efecto, adjunto a la presente Curriculum Vitae y copia de certificado de título profesional.

Declaro conocer, y me comprometo a cumplir las normas establecidas a los médicos interconsultores por la Superintendencia de Pensiones señaladas en el reverso de la presente solicitud.

Saluda atentamente,

.....
FIRMA

PATROCINADO POR A.F.P.

**SOLICITUD DE INCORPORACION AL INDICE DE INSTITUCIONES
AUTORIZADAS**

FECHA

SOLICITUD:.....

NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN:

.....

R.U.T.:

DIRECCIÓN

.....

TELEFONOCORREO ELECTRONICO:.....

CIUDAD :.....

NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL.....

R.U.T. REPRESENTATE LEGAL:.....

Viene en solicitar al Sr. Superintendente de Pensiones, la incorporación de la Institución que representa al Índice de Instituciones Autorizadas para emitir exámenes de especialidad o de laboratorio. Se adjunta a la presente solicitud la descripción del tipo de exámenes que esta Institución puede hacer.

Declaro conocer, y me comprometo a que la Institución que represento, cumpla las normas establecidas para este tipo de Instituciones por la Superintendencia de Pensiones, que se señalan en el reverso de la presente solicitud.

Saluda atentamente,

.....
FIRMA

PATROCINADO POR A.F.P.

INFORME DE RENTAS

Fecha

<input type="text"/>	
Identificación Afiliado (Apellido paterno, Apellido materno, Nombres)	
RUT	<input type="text"/>
Fecha Solicitud	<input type="text"/>

Nº	Período de Pago	Remuneración y Renta no considerada

Promedio
Arancel

%

 Firma y Timbre AFP

Nota de actualización: La Norma de Carácter General N° 27, de fecha 7 de noviembre de 2011, reemplazó el Dictamen de Invalidez - Trabajador Afiliado, el Dictamen de Invalidez -Beneficiario de Pensión de Sobrevivencia, el Dictamen Modificadorio y el Dictamen de Reevaluación. Posteriormente, los formularios de Dictamen de Invalidez fueron reemplazados por la Norma de Carácter General N° 86, de fecha 27 de junio del 2013. A su vez, la la Norma de Carácter General N° 329, de fecha 13 de diciembre de 2024, modificó la Solicitud Reevaluación.

3. Certificados de saldo

El contenido del certificado de saldo deberá ajustarse a la situación particular del afiliado, de modo de facilitar la comprensión de este documento por parte del mismo. Lo anterior implica que los ítems que no tengan valor no deberán incluirse en el documento, ya que si se indican con monto cero confunden al afiliado.

Por ejemplo si el afiliado no tiene depósitos convenidos este ítem no debe ser incorporado al certificado.

Cada certificado de saldo deberá tener un número de folio, que deberá ser el mismo número de folio del correspondiente certificado electrónico de saldo.

El certificado de saldo que se deba emitir para una pensión de sobrevivencia, originada al fallecimiento de un afiliado pensionado beneficiario del Sistema de Pensiones Solidarias que haya financiado el beneficio solidario con el saldo de su cuenta de capitalización individual, deberá incluir, a continuación de la firma y timbre de la AFP, la siguiente nota:

"Cabe tener presente que el Estado garantiza las pensiones de sobrevivencia para los beneficiarios del causante, calculadas con el saldo que hubiese quedado en la cuenta de capitalización individual del afiliado, de no haberse financiado el beneficio solidario en primera instancia con el saldo de dicha cuenta."

Además, el referido certificado de saldo deberá informar los saldos de las cuentas personales nacionales en los mismos términos definidos para las cuentas personales (en pesos, en cuotas del respectivo Fondo de Pensiones y en unidades de Fomento, según corresponda).

CERTIFICADO DE SALDO - PENSION DE VEJEZ EDAD (ANVERSO)

Fecha de Emisión.....

Folio N°.....

Vigencia de este certificado hasta

AFP.....SA certifica que el Sr.....RUT.....dispone para financiar su pensión, de los fondos previsionales, que a continuación se señalan:

ANTECEDENTES DE LA CUENTA		
	CUOTAS	U.F.
- COTIZACIONES OBLIGATORIAS:		
Fondo.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fondo.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>
- CTA AFILIADO VOLUNTARIO:		
Fondo.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fondo.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>
- COTIZACIONES VOLUNTARIAS DESTINADAS A PENSIÓN		
Anteriores al 07.11.01 con 48 o más meses de antigüedad		
Fondo.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fondo.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Anteriores al 07.11.01 con menos de 48 meses de antigüedad		
Fondo.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fondo.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Posteriores al 06.11.01 con 48 o más meses de antigüedad		
Fondo.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fondo.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Posteriores al 06.11.01 con menos de 48 meses de antigüedad		
Fondo.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fondo.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>
- DEPÓSITOS CONVENIDOS		
Anteriores al 07.11.01		
Fondo.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fondo.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Posteriores al 07.11.01		
Fondo.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fondo.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>
- AHORRO PREVISIONAL VOLUNTARIO COLECTIVO		
Fondo.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fondo.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>
- TRASPASOS DE LA CUENTA DE AHORRO VOLUNTARIO		
Fondo.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fondo.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>
- TRASPASOS DESDE EL SEGURO DE CESANTÍA		
Fondo.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fondo.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>
TOTAL CUENTA		<input type="text"/>

FIRMA Y TIMBRE DE LA AFP

(REVERSO CERTIFICADO DE SALDO - PENSION DE VEJEZ ANTICIPADA)

DATOS DEL AFILIADOFecha de nacimiento: Sexo **DATOS DE LOS POTENCIALES BENEFICIARIOS DE PENSION**

Nombres y Apellidos	Parentesco	RUT	Sexo	*	Fecha Nacimiento

* indicar si es invalido

ANTECEDENTES GENERALES

1. Fecha de cierre certificado de saldo: - -

2. Número de meses con pago retroactivo de pensión

3. Valor UF: \$

4. Valor cuota

Fondo ...	\$ <input type="text"/>	Fondo ...	\$ <input type="text"/>
Fondo ...	\$ <input type="text"/>	Fondo ...	\$ <input type="text"/>
Fondo ...	\$ <input type="text"/>		

5.- Promedio de rentas últimos 10 años U.F. 6.- Pensión mínima garantizada por el Estado: UF

7.- Pensionado del antiguo sistema SI
NO Monto pensión antiguo sistema U.F.

8.- Inválido parcial definitivo SI
NO Monto pensión invalidez parcial U.F.

9.- Afecto al Estatuto Administrativo Ley 18.834 o Leyes números, 18,883, 19.070,19.378 o artículo 332 número 6 del Código Orgánico de Tribunales
Si No

FIRMA Y TIMBRE DE LA A.F.P.

Si desea solicitar retiro de excedente de libre disposición deberá suscribir el formulario "Solicitud de Pago de Excedente de Libre Disposición" al momento de seleccionar modalidad de pensión.

CERTIFICADO DE SALDO - PENSION DE INVALIDEZ (ANVERSO)

Fecha de Emisión.....

Folio N°.....

Vigencia de este certificado:

AFP SA certifica que el Sr.....RUT..... dispone para financiar su pensión, de los fondos previsionales, que a continuación se señalan:

ANTECEDENTES DE LA CUENTA		
	CUOTAS	U.F.
- COTIZACIONES OBLIGATORIAS:		
Fondo.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fondo.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>
- CTA. AFILIADO VOLUNTARIO:		
Fondo.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fondo.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>
- COTIZACIONES VOLUNTARIAS DESTINADAS A PENSIÓN		
Anteriores al 07.11.01 con 48 o más meses de antigüedad		
Fondo.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fondo.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Anteriores al 07.11.01 con menos de 48 meses de antigüedad		
Fondo.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fondo.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Posteriores al 06.11.01 con 48 o más meses de antigüedad		
Fondo.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fondo.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Posteriores al 06.11.01 con menos de 48 meses de antigüedad		
Fondo.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fondo.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>
- DEPÓSITOS CONVENIDOS		
Anteriores al 07.11.01		
Fondo.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fondo.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Posteriores al 07.11.01		
Fondo.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fondo.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>
- AHORRO PREVISIONAL VOLUNTARIO COLECTIVO		
Fondo.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fondo.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>
- TRASPASOS DE LA CUENTA DE AHORRO VOLUNTARIO		
Fondo.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fondo.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>
- TRASPASOS DESDE EL SEGURO DE CESANTÍA		
Fondo.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fondo.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>
TOTAL CUENTA		<input type="text"/>

Para retirar excedente de libre disposición, la pensión no podrá ser inferior a.....U.F.¹ En Retiro Programado su monto estimado de retiro de excedente de libre disposición, es:.....U.F.²

FIRMA Y TIMBRE DE LA AFP

¹ Solo para Inválidos totales

² Esta estimación utiliza la tasa de Rentas Vitalicias del mes ante precedente. El monto exacto del excedente que usted podrá retirar, se informará en el correspondiente Certificado de Ofertas (SCOMP) dado que depende de las ofertas que usted reciba.

(REVERSO CERTIFICADO DE SALDO - PENSION DE INVALIDEZ)

DATOS DEL AFILIADOFecha de nacimiento: Sexo **DATOS DE LOS POTENCIALES BENEFICIARIOS DE PENSION**

Nombres y Apellidos	Parentesco	RUT	Sexo	*	Fecha Nacimiento

* indicar si es invalido

ANTECEDENTES GENERALES

- Fecha de cierre certificado de saldo: - -
- Número de meses con pago retroactivo de pensión
- Valor UF: \$
- Valor cuota

Fondo ...	\$ <input type="text"/>	Fondo ...	\$ <input type="text"/>
Fondo ...	\$ <input type="text"/>	Fondo ...	\$ <input type="text"/>
Fondo ...	\$ <input type="text"/>		

FIRMA Y TIMBRE DE LA A.F.P.

Si desea solicitar retiro de excedente de libre disposición deberá suscribir el formulario "Solicitud de Pago de Excedente de Libre Disposición" al momento de seleccionar modalidad de pensión.

**CERTIFICADO DE SALDO - PENSION DE SOBREVIVENCIA
(ANVERSO)**

Fecha de Emisión.....

Folio N°.....

AFP.....SA certifica que en la cuenta individual del afiliado fallecido Sr.....RUT..... existe los fondos previsionales, que a continuación se señalan:

ANTECEDENTES DE LA CUENTA		
	CUOTAS	U.F.
- COTIZACIONES OBLIGATORIAS:		
Fondo.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fondo.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>
- CUENTA AFILIADO VOLUNTARIO:		
Fondo.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fondo.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>
- COTIZACIONES VOLUNTARIAS DESTINADAS A PENSIÓN		
Fondo.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fondo.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>
- DEPÓSITOS CONVENIDOS		
Fondo.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fondo.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>
- AHORRO PREVISIONAL VOLUNTARIO COLECTIVO		
Fondo.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fondo.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>
- TRASPASOS DE LA CUENTA DE AHORRO VOLUNTARIO		
Fondo.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fondo.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>
- TRASPASOS DESDE EL SEGURO DE CESANTÍA		
Fondo.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fondo.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>
TOTAL CUENTA		<input type="text"/>

Este certificado tiene una vigencia hasta

FIRMA Y TIMBRE DE LA AFP

Al reverso se indican los antecedentes de sus beneficiarios y otros datos relevantes.

(REVERSO CERTIFICADO DE SALDO - PENSION DE SOBREVIVENCIA)

DATOS DEL AFILIADO

Fecha de nacimiento: Sexo

Fecha de fallecimiento:

|

DATOS DE LOS POTENCIALES BENEFICIARIOS DE PENSION

Nombres y Apellidos	Parentesco	RUT	Sexo	*	Fecha Nacimiento

- * indicar si es invalido

ANTECEDENTES GENERALES Y PARÁMETROS DE CÁLCULO

1. Fecha de cierre: - -

2. Valor cuota 3. Valor UF: \$

Fondo ... \$ <input type="text"/>	Fondo ... \$ <input type="text"/>
Fondo ... \$ <input type="text"/>	Fondo ... \$ <input type="text"/>
Fondo ... \$ <input type="text"/>	Fondo ... \$ <input type="text"/>

4. Dos Unidades de Fomento UF

FIRMA Y TIMBRE DE LA A.F.P.

**CERTIFICADO DE SALDO - PENSION ADICIONAL
(ANVERSO)**

Fecha de Emisión.....

Folio N°.....

AFPSA certifica que el pensionado Sr.....RUT.....dispone para financiar una pensión adicional, de los fondos previsionales que a continuación se señalan:

ANTECEDENTES DE LA CUENTA		
	CUOTAS	U.F.
- COTIZACIONES OBLIGATORIAS:		
Fondo.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fondo.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>
- CTA AFILIADO VOLUNTARIO:		
Fondo.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fondo.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>
- COTIZACIONES VOLUNTARIAS DESTINADAS A PENSIÓN		
Anteriores al 07.11.01 con 48 o más meses de antigüedad		
Fondo.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fondo.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Anteriores al 07.11.01 con menos de 48 meses de antigüedad		
Fondo.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fondo.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Posteriores al 06.11.01 con 48 o más meses de antigüedad		
Fondo.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fondo.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Posteriores al 06.11.01 con menos de 48 meses de antigüedad		
Fondo.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fondo.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>
- DEPÓSITOS CONVENIDOS		
Anteriores al 07.11.01		
Fondo.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fondo.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Posteriores al 07.11.01		
Fondo.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fondo.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>
- AHORRO PREVISIONAL VOLUNTARIO COLECTIVO		
Fondo.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fondo.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>
- TRASPASOS DE LA CUENTA DE AHORRO VOLUNTARIO		
Fondo.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fondo.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>
- TRASPASOS DESDE EL SEGURO DE CESANTÍA		
Fondo.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fondo.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>
TOTAL CUENTA		<input type="text"/>

Para retirar excedente debe obtener una pensión a lo menos igual a..... U.F. En Retiro Programado su monto estimado de retiro de excedente de libre disposición, es:..... U.F.³

Este certificado tiene una vigencia hasta.....

FIRMA Y TIMBRE DE LA AFP

³ Esta estimación fue efectuada utilizando la tasa de Rentas Vitalicias del mes ante precedente. El monto exacto del excedente de Libre Disposición que usted podrá retirar, se informará en el correspondiente Certificado de Ofertas (SCOMP) dado que depende de las ofertas que usted reciba.

(REVERSO CERTIFICADO DE SALDO - PENSION ADICIONAL)

DATOS DEL AFILIADOFecha de nacimiento: Sexo **DATOS DE LOS POTENCIALES BENEFICIARIOS DE PENSION**

Nombres y Apellidos	Parentesco	RUT	Sexo	*	Fecha Nacimiento

- * indicar si es invalido

ANTECEDENTES GENERALES

1. Fecha de cierre certificado de saldo: - -

2. Número de meses con pago retroactivo de pensión

3. Valor UF: \$

4. Valor cuota

Fondo ...	\$ <input type="text"/>	Fondo ...	\$ <input type="text"/>
Fondo ...	\$ <input type="text"/>	Fondo ...	\$ <input type="text"/>
Fondo ...	\$ <input type="text"/>		

 FIRMA Y TIMBRE DE LA A.F.P.

Sí desea solicitar retiro de excedente de libre disposición deberá suscribir el formulario "Solicitud de Pago de Excedente de Libre Disposición" al momento de seleccionar modalidad de pensión.

**CERTIFICADO DE SALDO - ANTICIPO RENTA VITALICIA DIFERIDA
(ANVERSO)**

Fecha de Emisión.....

Folio N°.....

AFPSA certifica que el pensionado en la modalidad de Renta Temporal con Renta Vitalicia Diferida,RUT.....dispone en su cuenta individual, de los fondos previsionales que a continuación se señalan:

ANTECEDENTES DE LA CUENTA		
	CUOTAS	U.F.
- COTIZACIONES OBLIGATORIAS:		
Fondo.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fondo.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>
- CTA AFILIADO VOLUNTARIO:		
Fondo.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fondo.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>
- COTIZACIONES VOLUNTARIAS DESTINADAS A PENSIÓN		
Anteriores al 07.11.01 con 48 o más meses de antigüedad		
Fondo.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fondo.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Anteriores al 07.11.01 con menos de 48 meses de antigüedad		
Fondo.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fondo.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Posteriores al 06.11.01 con 48 o más meses de antigüedad		
Fondo.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fondo.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Posteriores al 06.11.01 con menos de 48 meses de antigüedad		
Fondo.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fondo.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>
- DEPÓSITOS CONVENIDOS		
Anteriores al 07.11.01		
Fondo.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fondo.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Posteriores al 07.11.01		
Fondo.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fondo.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>
- AHORRO PREVISIONAL VOLUNTARIO COLECTIVO		
Fondo.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fondo.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>
- TRASPASOS DE LA CUENTA DE AHORRO VOLUNTARIO		
Fondo.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fondo.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>
- TRASPASOS DESDE EL SEGURO DE CESANTÍA		
Fondo.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fondo.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>
TOTAL CUENTA		<input type="text"/>

Para retirar excedente de libre disposición, la pensión no podrá ser inferior a.....U.F. En Retiro Programado su monto estimado de retiro de excedente de libre disposición, es:.....U.F.⁴

FIRMA Y TIMBRE DE LA AFP

⁴ Esta estimación utiliza la tasa de Rentas Vitalicias del mes ante precedente. El monto exacto del excedente que usted podrá retirar, se informará en el correspondiente Certificado de Ofertas (SCOMP) dado que depende de las ofertas que usted reciba.

DATOS DEL AFILIADOFecha de nacimiento: Sexo **DATOS DE LOS POTENCIALES BENEFICIARIOS DE PENSION**

Nombres y Apellidos	Parentesco	RUT	Sexo	*	Fecha Nacimiento

- * indicar si es invalido

ANTECEDENTES GENERALES Y PARÁMETROS DE CÁLCULO

1. Fecha de cierre:	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>
2. Valor cuota	<input type="text"/>	3. Valor UF:	\$	<input type="text"/>	
Fondo ...	\$ <input type="text"/>	Fondo ...	\$	<input type="text"/>	
Fondo ...	\$ <input type="text"/>	Fondo ...	\$	<input type="text"/>	
Fondo ...	\$ <input type="text"/>				

 FIRMA Y TIMBRE DE LA A.F.P.

Si desea solicitar retiro de excedente de libre disposición deberá suscribir el formulario "Solicitud de Pago de Excedente de Libre Disposición" al momento de seleccionar modalidad de pensión.

CERTIFICADO DE SALDO - CAMBIO MODALIDAD DE PENSION (ANVERSO)

Fecha de Emisión..... Folio N°.....
 AFP SA certifica que el pensionado en la modalidad de Retiros Programados,
 Sr..... RUT..... dispone en su cuenta individual, de los fondos
 previsionales que a continuación se señalan:

FONDOS PREVISIONALES						
ANTECEDENTES DEL BONO DE RECONOCIMIENTO: (Deberá incorporarse una fila de datos por cada tipo de documento Bono de Reconocimiento y Complemento que exista)						
Tipo Documento	Valor Nominal en \$	Fecha Emisión	Fecha Vencimiento	Precio mínimo de venta para pensión en RP en UF	Valor Mercado UF	Valor Par UF
ANTECEDENTES DE LA						
		CUOTAS			U.F.	
- COTIZACIONES OBLIGATORIAS:						
Fondo.....		<input type="text"/>			<input type="text"/>	
Fondo.....		<input type="text"/>			<input type="text"/>	
- CTA AFILIADO VOLUNTARIO:						
Fondo.....		<input type="text"/>			<input type="text"/>	
Fondo.....		<input type="text"/>			<input type="text"/>	
- COTIZACIONES VOLUNTARIAS DESTINADAS A PENSIÓN						
Anteriores al 07.11.01 con 48 o más meses de antigüedad						
Fondo.....		<input type="text"/>			<input type="text"/>	
Fondo.....		<input type="text"/>			<input type="text"/>	
Anteriores al 07.11.01 con menos de 48 meses de antigüedad						
Fondo.....		<input type="text"/>			<input type="text"/>	
Fondo.....		<input type="text"/>			<input type="text"/>	
Posteriores al 06.11.01 con 48 o más meses de antigüedad						
Fondo.....		<input type="text"/>			<input type="text"/>	
Fondo.....		<input type="text"/>			<input type="text"/>	
Posteriores al 06.11.01 con menos de 48 meses de antigüedad						
Fondo.....		<input type="text"/>			<input type="text"/>	
Fondo.....		<input type="text"/>			<input type="text"/>	
- DEPÓSITOS CONVENIDOS						
Anteriores al 07.11.01						
Fondo.....		<input type="text"/>			<input type="text"/>	
Fondo.....		<input type="text"/>			<input type="text"/>	
Posteriores al 07.11.01						
Fondo.....		<input type="text"/>			<input type="text"/>	
Fondo.....		<input type="text"/>			<input type="text"/>	
- AHORRO PREVISIONAL VOLUNTARIO COLECTIVO						
Fondo.....		<input type="text"/>			<input type="text"/>	
Fondo.....		<input type="text"/>			<input type="text"/>	
- TRASPASOS DE LA CUENTA DE AHORRO VOLUNTARIO						
Fondo.....		<input type="text"/>			<input type="text"/>	
Fondo.....		<input type="text"/>			<input type="text"/>	
- TRASPASOS DESDE EL SEGURO DE CESANTÍA						
Fondo.....		<input type="text"/>			<input type="text"/>	
Fondo.....		<input type="text"/>			<input type="text"/>	
TOTAL CUENTA					<input type="text"/>	

Para retirar excedente debe obtener una pensión a lo menos igual a U.F. En Retiro Programado su monto estimado de retiro de excedente de libre disposición es:..... U.F.⁵ (1). Este certificado tiene una vigencia hasta.....

FIRMA Y TIMBRE DE LA AFP

⁵ Esta estimación fue efectuada utilizando la tasa de Rentas Vitalicias del mes ante precedente. El monto exacto del excedente de Libre Disposición que usted podrá retirar, se informará en el correspondiente Certificado de Ofertas (SCOMP) dado que depende de las ofertas que usted reciba.

(REVERSO CERTIFICADO DE SALDO - CAMBIO MODALIDAD DE PENSION)

DATOS DEL AFILIADO

Fecha de nacimiento: Sexo

DATOS DE LOS POTENCIALES BENEFICIARIOS DE PENSION

Nombres y Apellidos	Parentesco	RUT	Sexo	*	Fecha Nacimiento

• * Indicar si es inválido

ANTECEDENTES GENERALES Y PARÁMETROS DE CÁLCULO

1. Fecha de cierre Certificado de Saldo:	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2. Valor cuota	<input type="text"/>	3. Valor UF:	\$	<input type="text"/>			
Fondo ...	\$ <input type="text"/>	Fondo ...	\$	<input type="text"/>			
Fondo ...	\$ <input type="text"/>	Fondo ...	\$	<input type="text"/>			
Fondo ...	\$ <input type="text"/>						

FIRMA Y TIMBRE DE LA A.F.P.

Si desea solicitar retiro de excedente de libre disposición deberá suscribir el formulario "Solicitud de Pago de Excedente de Libre Disposición" al momento de seleccionar modalidad de pensión.

**CERTIFICADO DE SALDO - REPACTACION RENTA VITALICIA INMEDIATA
(ANVERSO)**

Fecha de Emisión.....

Folio N°.....

AFPSA certifica que el pensionado en la modalidad de Renta Vitalicia Inmediata / Renta Vitalicia Inmediata con Retiro Programado Sr.....
RUT..... dispone en su cuenta individual, de los fondos previsionales que a continuación se señalan:

ANTECEDENTES DE LA CUENTA		
	CUOTAS	U.F.
- COTIZACIONES OBLIGATORIAS:		
Fondo.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fondo.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>
- CTA AFILIADO VOLUNTARIO:		
Fondo.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fondo.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>
- COTIZACIONES VOLUNTARIAS DESTINADAS A PENSIÓN		
Anteriores al 07.11.01 con 48 o más meses de antigüedad		
Fondo.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fondo.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Anteriores al 07.11.01 con menos de 48 meses de antigüedad		
Fondo.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fondo.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Posteriores al 06.11.01 con 48 o más meses de antigüedad		
Fondo.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fondo.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Posteriores al 06.11.01 con menos de 48 meses de antigüedad		
Fondo.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fondo.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>
- DEPÓSITOS CONVENIDOS		
Anteriores al 07.11.01		
Fondo.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fondo.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Posteriores al 07.11.01		
Fondo.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fondo.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>
- AHORRO PREVISIONAL VOLUNTARIO COLECTIVO		
Fondo.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fondo.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>
- TRASPASOS DE LA CUENTA DE AHORRO VOLUNTARIO		
Fondo.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fondo.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>
- TRASPASOS DESDE EL SEGURO DE CESANTÍA		
Fondo.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fondo.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>
TOTAL CUENTA		<input type="text"/>

Para retirar excedente de libre disposición, la pensión no podrá ser inferior a..... U.F. En Retiro Programado su monto estimado de retiro de excedente de libre disposición, es:..... U.F.⁶

FIRMA Y TIMBRE DE LA AFP

⁶ Esta estimación utiliza la tasa de Rentas Vitalicias del mes ante precedente. El monto exacto del excedente que usted podrá retirar, se informará en el correspondiente Certificado de Ofertas (SCOMP) dado que depende de las ofertas que usted reciba.

(REVERSO CERTIFICADO DE SALDO - REPACTACION RENTA VITALICIA INMEDIATA)

DATOS DEL AFILIADOFecha de nacimiento: Sexo **DATOS DE LOS POTENCIALES BENEFICIARIOS DE PENSION**

Nombres y Apellidos	Parentesco	RUT	Sexo	*	Fecha Nacimiento

- * Indicar si es inválido

ANTECEDENTES GENERALES Y PARÁMETROS DE CÁLCULO

1. Fecha de cierre:	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2. Valor cuota	<input type="text"/>	3. Valor UF:	\$	<input type="text"/>			
Fondo ...	\$ <input type="text"/>	Fondo ...	\$	<input type="text"/>			
Fondo ...	\$ <input type="text"/>	Fondo ...	\$	<input type="text"/>			
Fondo ...	\$ <input type="text"/>						

 FIRMA Y TIMBRE DE LA A.F.P.

Si desea solicitar retiro de excedente de libre disposición deberá suscribir el formulario "Solicitud de Pago de Excedente de Libre Disposición" al momento de seleccionar modalidad de pensión.

CERTIFICADO DE SALDO - HERENCIA

Fecha de Emisión.....

Folio N°.....

AFP.....SA certifica que el afiliado fallecido Sr..... RUT..... dispone en sus cuentas personales, de los fondos previsionales que a continuación se señalan:

FONDOS PREVISIONALES		
	Cuotas	U.F.
CUENTA DE CAPITALIZACION INDIVIDUAL		
- Cotizaciones obligatorias:		
Fondo.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fondo.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>
- Cotizaciones voluntarias		
Fondo.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fondo.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>
- Depósitos Convenidos		
Fondo.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fondo.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>
- Ahorro Previsional Voluntario Colectivo		
Fondo.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fondo.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>
CUENTA AFILIADO VOLUNTARIO		
Fondo.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fondo.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>
CUENTA DE AHORRO VOLUNTARIO		
Fondo.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fondo.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>
CUENTA DE INDEMNIZACION		
Fondo.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fondo.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>
TOTAL FONDOS		<input type="text"/>
PARÁMETROS DE CÁLCULO:		
1. Fecha de cierre:	<input type="text"/>	- <input type="text"/> - <input type="text"/>
2. Valor UF:	<input type="text"/>	
3. Valor cuota		
Fondo ...	\$ <input type="text"/>	Fondo ... \$ <input type="text"/>
Fondo ...	\$ <input type="text"/>	Fondo ... \$ <input type="text"/>

Los fondos previsionales antes señalados formaran parte de la masa de Bienes quedados al fallecimiento del afiliado si no existen de acuerdo con el DL 3.500, beneficiarios de pensión de sobrevivencia.

El presente certificado se otorga a petición del Sr..... Rut.....

FIRMA Y TIMBRE DE LA AFP

**CERTIFICADO DE SALDO - EXCEDENTE DE LIBRE DISPOSICION
PENSIONADO EN RETIRO PROGRAMADO O RENTA TEMPORAL**

Fecha de Emisión..... Folio N°.....
 AFP.....SA certifica que el afiliado fallecido
 Sr..... RUT..... dispone en sus cuentas personales, de los fondos
 previsionales que a continuación se señalan:

FONDOS PREVISIONALES			
	Cuotas	U.F.	
CUENTA DE CAPITALIZACION INDIVIDUAL			
- Cotizaciones obligatorias:			
Fondo.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Fondo.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
- Cotizaciones voluntarias			
Fondo.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Fondo.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
- Depósitos Convenidos			
Fondo.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Fondo.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
- Ahorro Previsional Voluntario Colectivo			
Fondo.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Fondo.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
CUENTA AFILIADO VOLUNTARIO			
Fondo.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Fondo.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
TOTAL FONDOS		<input type="text"/>	
MONTO RETIRO DE EXCEDENTE			
Pensión Mensual Actual :.....UF			
Monto Máximo objeto de retiro como Excedente de Libre Disposición:.....UF (*)			
Pensión Mensual después del retiro de excedente:UF			
PARÁMETROS DE CÁLCULO:			
1. Fecha de cierre:	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>
2. Valor UF:	<input type="text"/>		
3. Valor cuota			
Fondo ...	\$ <input type="text"/>	Fondo ...	\$ <input type="text"/>
Fondo ...	\$ <input type="text"/>	Fondo ...	\$ <input type="text"/>
Pensión mínima exigida para retirar excedente de libre disposición			<input type="text"/>
Tasa Retiro Programado			
Tasa Rentas Vitalicias			
Monto Retiro Excedente, tasa retiro programado (a)			
Monto Retiro Excedente, tasa renta vitalicia (b)			

(*) Menor valor entre (a) y (b)

FIRMA Y TIMBRE AFP"

Nota de actualización: Estos certificados fueron reemplazados por la Norma de Carácter General N° 48, de fecha 29 de mayo de 2012. Posteriormente, este número fue modificado por la Norma de Carácter General N° 255, de fecha 26 de diciembre de 2019.

4. Excedente de libre disposición

SOLICITUD DE CÁLCULO DE EXCEDENTE DE LIBRE DISPOSICIÓN

FECHA

IDENTIFICACION DEL AFILIADO			
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Apellido Paterno y Materno		Nombres	
RUT	<input type="text"/>	Teléfono	<input type="text"/>
<input type="text"/>			
Dirección			
Recibe pensión del antiguo sistema	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	Institución <input type="text"/>

SOLICITUD

Con esta fecha solicito a AFP.....S.A., que analice mi derecho a excedente de libre disposición, actualmente me encuentro percibiendo pensión de:.....

TIMBRE Y FIRMA AFP

FIRMA AFILIADO

SOLICITUD DE PAGO DE EXCEDENTE DE LIBRE DISPOSICION

FECHA

IDENTIFICACION DEL AFILIADO		
<input type="text"/>		
Apellido Paterno y Materno		Nombres
RUT <input type="text"/>	Teléfono	<input type="text"/>
<input type="text"/>		
Dirección		

SOLICITUD

Con esta fecha solicito a AFP..... S.A., retirar de mi cuenta individual por concepto de excedente de libre disposición lo siguiente:

- Cuotas
- las cuotas equivalentes aUF
- las cuotas equivalentes a.....S
- las cuotas equivalentes aUTM
- las cuotas que resten después de ajustar la pensión aUF

Asimismo declaro optar por el siguiente régimen tributario:

- Artículo 6º transitorio Ley 19.768
- Artículo 42 Ley de la Renta:
 - 800 UTM
 - 1200 UTM

TIMBRE Y FIRMA AFP

FIRMA AFILIADO
5. Selección y cambio de modalidad de pensión

SELECCIÓN MODALIDAD DE PENSIÓN

IDENTIFICACIÓN DEL AFILIADO

Apellido Paterno y Materno		Nombres	
RUT	<input type="text"/>	Fecha Solicitud de Pensión	<input type="text"/>
Tipo de pensión: Vejez Edad <input type="checkbox"/> Vejez Anticipada <input type="checkbox"/> Invalidez <input type="checkbox"/> Sobrevivencia <input type="checkbox"/>			

SELECCIÓN MODALIDAD DE PENSIÓN:

De acuerdo a lo dispuesto en el artículo 61 del D.L. 3.500, con esta fecha comunico a AFP.....S.A. mi decisión de optar por la siguiente modalidad de pensión. (Marque lo que corresponda)

- Retiros Programados en AFP.....S.A.
- Retiros Programados sin endosar el Bono de Reconocimiento en AFPS. A. (Sólo vejez anticipada o vejez edad con trabajo pesado)
- Renta Temporal con Renta Vitalicia Diferida en.....meses, con la Compañía de Seguros de Vida.....S.A.
- Renta Vitalicia Inmediata Simple con la Compañía de Seguros de VidaS.A..
- Renta Vitalicia Inmediata con período garantizado de.....años, con la Compañía de Seguros de Vida.....S.A.
- Renta Vitalicia Diferida en.....meses con período garantizado de.....años, con la Compañía de Seguros de Vida.....S.A.
- Renta Vitalicia Inmediata Simple con la Compañía de Seguros de Vida.....S.A. con Retiros Programados en la Administradora.....S. A.
- Renta Vitalicia Inmediata con periodo garantizado de.....años con la Compañía de Seguros de Vida.....S.A. con Retiro Programado en la Administradora.....S.A.

Desea efectuar un cambio de Tipo de Fondo o distribución de saldo¹: SI NO

Solicito que mi pensión se devengue desde (sólo pensiones no acogidas a pago preliminar de pensión):

- El mes de suscripción de este formulario, si seleccioné Retiro Programado o desde el primer día del mes del traspaso de la prima, si seleccioné cualquier Renta Vitalicia.
- La fecha de solicitud de pensión o cumplimiento de la edad legal, según cuál sea posterior, lo que hará variar la prima a traspasar y la pensión contratada.

Finalmente, declaro conocer el carácter irrevocable del contrato de renta vitalicia inmediata o diferida.

Nombre, RUT y Firma (Afiliado o todos los beneficiarios según sea el caso)

¹ El afiliado que seleccione Retiro Programado o Renta Temporal y mantenga recursos originados en cotizaciones obligatorias en los Fondos Tipo A y/o B, deberá optar por uno o dos de los Fondos Tipo C, D o E, con excepción de aquella parte del saldo que exceda al monto necesario para financiar una pensión que cumpla con los requisitos señalados en el inciso primero del artículo 68 del D.L. N° 3.500, de 1980, y sin perjuicio de lo establecido en el inciso noveno del artículo 23 del citado decreto ley. En caso que no realice la selección, sus saldos serán traspasados al Fondo Tipo D, el último día hábil del mes siguiente a aquél en que se perfeccione la selección de modalidad de pensión.

SOLICITUD DE CAMBIO DE MODALIDAD DE PENSION

FECHA

IDENTIFICACIÓN DEL AFILIADO

Apellido Paterno y Materno		Nombres	
RUT	<input type="text"/>	Fecha Solicitud de Pensión	<input type="text"/>
Tipo de pensión: Vejez Edad <input type="checkbox"/> Vejez Anticipada <input type="checkbox"/> Invalidez <input type="checkbox"/> Sobrevivencia <input type="checkbox"/>			
OTROS ANTECEDENTES			
Destinará Cotizaciones Voluntarias al financiamiento de su pensión		No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>
Destinará Depósitos de Ahorro Previsional Voluntario al financiamiento de su pensión		No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>
Traspara Fondos desde su Cuenta de Ahorro Voluntario		No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>
Tiene Depósitos Convenidos	No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>	Institución	<input type="text"/>
Destinará Ahorro previsional voluntario colectivo al financiamiento de su pensión	No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>	Institución	<input type="text"/>
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 INFORMACION.		Si	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

Con esta fecha solicito a AFP.....S.A. que ponga a mi disposición la siguiente información

- Folleto explicativo modalidades de pensión
- Certificado de saldo

Firma del Afiliado
Pensiones de vejez e invalidez

IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO SOLICITANTE

Apellido Paterno y Materno		Nombres	
RUT	<input type="text"/>		
Correo electrónico	<input type="text"/>		

Firma del Beneficiario

**REVERSO SOLICITUD DE CAMBIO DE MODALIDAD DE PENSION
DECLARACION DE BENEFICIARIOS**

Apellido paterno, materno, nombres	Sexo	RUT	Fecha de Nacimiento	Parentesco	Invalido (Si/No)

OBSERVACIONES

EN CASO QUE DEBA ACREDITARSE UN MATRIMONIO DEBERA INDICAR FECHA Y CIRCUNSCRIPCION PARA QUE LA AFP PUEDA SOLICITAR EL CERTIFICADO DE MATRIMONIO AL SERVICIO DE REGISTRO CIVIL E IDENTIFICACION. EN EL CASO DEL HIJO POR NACER CON AL MENOS CINCO MESES DE GESTACION, SE REQUERIRA LA RESPECTIVA CERTIFICACION MEDICA.

Firma del Afiliado o beneficiario solicitante

Timbre y Firma funcionario responsable AFP

DECISION DE CAMBIO MODALIDAD DE PENSION

FECHA

IDENTIFICACION DEL AFILIADO CAUSANTE

[]		[]	
Apellido Paterno y Materno		Nombres	
RUT []	Fecha Solicitud de Pensión	[]	
Tipo de pensión: Vejez Edad <input type="checkbox"/> Vejez Anticipada <input type="checkbox"/> Invalidez <input type="checkbox"/> Sobrevivencia <input type="checkbox"/>			

SELECCION

De acuerdo a lo dispuesto en el artículo 61 del D.L. 3.500, con esta fecha comunico a AFP.....S.A. mi decisión de optar por la siguiente modalidad de pensión.
(Marque lo que corresponda.)

- Renta Temporal con Renta Vitalicia Diferida enaños, con la Compañía de Seguros de VidaS.A.
- Renta Vitalicia Inmediata Simple con la Compañía de Seguros de VidaS.A.
- Renta Vitalicia Inmediata con período garantizado deaños, con la Compañía de Seguros de VidaS.A.
- Renta Vitalicia Diferida enaños con período garantizado deaños, con la Compañía de Seguros de VidaS.A.
- Renta Vitalicia Inmediata Simple con la Compañía de Seguros de VidaS.A. con Retiros Programados en la Administradora..... S. A.
- Renta Vitalicia Inmediata con período garantizado deaños con la Compañía de Seguros de VidaS.A. con Retiro Programado en la AdministradoraS.A.

Declaro conocer el carácter irrevocable del contrato de renta vitalicia inmediata o diferida.

Firma del Afiliado
Pensiones de vejez e invalidez

Pensiones de Sobrevivencia: Nombre, Rut y firma de cada uno de los beneficiarios o representante legal

SOLICITUD DE ANTICIPO RENTA VITALICIA DIFERIDA

FECHA

IDENTIFICACION DEL AFILIADO

<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Apellido Paterno y Materno		Nombres	
RUT	<input type="text"/>	Fecha Solicitud	<input type="text"/>
Fecha de nacimiento	<input type="text"/>		<input type="text"/>
Tipo de pensión:	Vejez Edad <input type="checkbox"/>	Vejez Anticipada <input type="checkbox"/>	Invalidez <input type="checkbox"/> Sobrevivencia <input type="checkbox"/>

Con esta fecha solicito a AFP.....S.A. la emisión de mi Certificado de saldo

Firma del Afiliado
Pensiones de vejez e invalidez

IDENTIFICACION DEL BENEFICIARIO SOLICITANTE

<input type="text"/>	
Apellido Paterno y Materno	Nombres
RUT	<input type="text"/>

Firma del Beneficiario

DECISION ANTICIPO RENTA VITALICIA DIFERIDA

FECHA

IDENTIFICACION DEL AFILIADO CAUSANTE

<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Apellido Paterno y Materno		Nombres	
RUT <input type="text"/>	Fecha Solicitud de Anticipo	<input type="text"/>	
Tipo de pensión: Vejez Edad <input type="checkbox"/> Vejez Anticipada <input type="checkbox"/> Invalidez <input type="checkbox"/> Sobrevivencia <input type="checkbox"/>			

Con esta fecha comunico a AFP.....S.A. mi decisión de anticipar la Renta Vitalicia Diferida, con la Compañía de Seguros de VidaS.A. la cual se devengará a contar del

Firma del Afiliado
Pensiones de vejez e invalidez

Pensiones de Sobrevivencia:

Nombre, Rut y firma de cada uno de los beneficiarios o representante legal

Nota de actualización: La Norma de Carácter General N° 27, de fecha 7 de noviembre de 2011, reemplazó el formulario Solicitud de Cambio de Modalidad de Pensión. La Norma de Carácter General N° 112, de fecha 15 de mayo de 2014, reemplazó el formulario Selección Modalidad de Pensión.

6. Ingreso base y aporte adicional

DETERMINACIÓN INGRESO BASE

Fecha

Identificación Afiliado (Apellido paterno, Apellido materno, Nombres)

RUT

Fecha Siniestro

Tipo Siniestro :

Invalidez Total
Invalidez Parcial
Fallecimiento
Fecha Afiliación

Edad al siniestro

Nº	Período de Pago	Remuneración Imponible + Renta Total (RIT)	Factor de Actualización	de RIT actualizada	Remuneración y Renta no considerada

Total RIT actualizada
Nº de Meses

UF

INGRESO BASE (Total RIT actualizada / Nº meses)*

\$
UF

Valor UF

 \$

Firma y Timbre AFP

* Afiliados con periodo afiliación al sistema menor a 10 años y la invalidez o muerte se produce por accidente, la suma de las remuneraciones y rentas declaradas se dividirá por el número de meses transcurridos desde la afiliación hasta el mes anterior al siniestro. Para aquellos trabajadores cuya fecha de afiliación sea anterior a cumplimiento de los 24 años y el siniestro ocurre antes de cumplir los 34 años, su ingreso base corresponderá al mayor valor de los indicados en los incisos 1 y 2 del artículo 57 del D.L. 3.500 y el que resulte de considerar el periodo comprendido entre el mes de cumplimiento de los 24 años de edad y el mes anterior al del siniestro.

SOLICITUD PENSION DE REFERENCIA – LEY N° 18.753

Fecha

IDENTIFICACION DEL AFILIADO

Apellido paterno

Apellido materno

Nombres

Fecha Nacimiento

Lugar Nacimiento

Domicilio (Calle, N°, Depto., Villa o Población, Comuna, Ciudad y Teléfono)

ANTECEDENTES LABORALES Y PREVISIONALES

Fecha solicitud de pensión

N° Dictamen

Fecha de afiliación

Empleador a la solicitud de pensión

Ultima institución del antiguo sistema en que cotizó

Desde

Hasta

REMUNERACIONES Y RENTAS COTIZADAS EN EL SISTEMA

Período

Remuneración y/o renta imponible

Firma y Timbre Institución de
Previsión Régimen Antiguo

Firma y Timbre A.F.P.

DETERMINACIÓN APOORTE ADICIONAL

FECHA SOLICITUD

--

Identificación del afiliado: Apellido Paterno, Materno y Nombres

RUT Fecha Siniestro Tipo de siniestro: 1.- Ingreso base UF2.- Pensión de Referencia UF3.- Tasa de interés vigente %

4.- Capitales necesarios unitarios

	Nombre	Sexo	Fecha Nacimiento	Edad Actuarial	Tipo beneficiario	c.n.u.
Afiliado						
Beneficiario 1						
Beneficiario 2						
Beneficiario n						
Total c.n.u.						

5.- Total c.n.u. por pensión de referencia por 12 UF6.- Capital necesario cuota mortuoria UF7.- Capital necesario total (5.- + 6.-) UF

8.- Saldo cuenta individual, cotizaciones obligatorias incluido Bono de Reconocimiento

Fondo...	N° de cuotas	*	Valor cuota	/	Valor UF	=		UF
Fondo...	N° de cuotas	*	Valor cuota	/	Valor UF	=		UF
			Total					UF

9.- Aporte Adicional (7. - 8.) UF

Nombre, Firma y timbre
Representante AFP

SOLICITUD APORTE ADICIONAL LEY N° 18.753

Identificación del afiliado: Apellido Paterno, Materno y Nombres

RUT

Fecha Siniestro

Tipo de siniestro:

Institución de Previsión

1.- Pensión de Referencia informada por la institución de previsión

\$ informados por la Inst. de Previsión / UF último día mes anterior al siniestro = UF

2.- Tasa de interés vigente a la fecha del siniestro %

3.- Capitales necesarios unitarios

	Nombre	Sexo	Fecha Nacimiento	Edad Actuarial	Tipo beneficiario	c.n.u.
Afiliado						
Beneficiario 1						
Beneficiario 2						
Beneficiario n						
Total c.n.u.						

4.- Total c.n.u. por pensión de referencia por 12 UF

5.- Capital necesario cuota mortuoria UF

6.- Capital necesario total (4.- + 5.-) UF

7.- Saldo cuenta individual, cotizaciones obligatorias incluido Bono de Reconocimiento

Fondo...	<input type="text"/> N° de cuotas	*	<input type="text"/> Valor cuota	/	<input type="text"/> Valor UF	=	<input type="text"/>	UF
Fondo...	<input type="text"/> N° de cuotas	*	<input type="text"/> Valor cuota	/	<input type="text"/> Valor UF	=	<input type="text"/>	UF
Total								<input type="text"/> UF

9.- Aporte Adicional (6. - 7.) UF

Nombre, Firma y timbre
Representante AFP

7. Ficha de cálculo retiro programado y renta temporal

FICHA DE CÁLCULO RETIRO PROGRAMADO – VEJEZ – INVALIDEZ					
Fecha solicitud de pensión		<input type="text"/>		Fecha recálculo anual	
Identificación del afiliado: Apellido Paterno, Materno y Nombres					
RUT		Tasa de interés		Tipo de Pensión	
<input type="text"/>		<input type="text"/> %		<input type="text"/>	
Capitales necesarios unitarios					
	Nombre	Sexo	Fecha Nacimiento	Edad Actuarial	Tipo beneficiario
Afiliado					
Beneficiario 1					
Beneficiario 2					
Beneficiario n					
Fecha del valor cuota y de la UF <input type="text"/>					
Saldo cuenta individual, cotizaciones obligatorias incluido Bono de Reconocimiento					
Fondo...	<input type="text"/> N° de cuotas	*	<input type="text"/> Valor cuota /	<input type="text"/> Valor UF	= <input type="text"/> UF
Fondo...	<input type="text"/> N° de cuotas	*	<input type="text"/> Valor cuota /	<input type="text"/> Valor UF	= <input type="text"/> UF
Saldo cuenta afiliado voluntario					
Fondo...	<input type="text"/> N° de cuotas	*	<input type="text"/> Valor cuota /	<input type="text"/> Valor UF	= <input type="text"/> UF
Fondo...	<input type="text"/> N° de cuotas	*	<input type="text"/> Valor cuota /	<input type="text"/> Valor UF	= <input type="text"/> UF
Saldo cuenta individual, cotizaciones voluntarias, subsaldo régimen de la letra a) del artículo 20 L del D.L. N° 3.500, de 1980 (RA)					
Fondo...	<input type="text"/> N° de cuotas	*	<input type="text"/> Valor cuota /	<input type="text"/> Valor UF	= <input type="text"/> UF
Fondo...	<input type="text"/> N° de cuotas	*	<input type="text"/> Valor cuota /	<input type="text"/> Valor UF	= <input type="text"/> UF
Saldo cuenta individual, cotizaciones voluntarias, subsaldo régimen de la letra b) del artículo 20 L del D.L. N° 3.500, de 1980 (RB)					
Fondo...	<input type="text"/> N° de cuotas	*	<input type="text"/> Valor cuota /	<input type="text"/> Valor UF	= <input type="text"/> UF
Fondo...	<input type="text"/> N° de cuotas	*	<input type="text"/> Valor cuota /	<input type="text"/> Valor UF	= <input type="text"/> UF
Saldo cuenta individual, depósitos convenidos					
Fondo...	<input type="text"/> N° de cuotas	*	<input type="text"/> Valor cuota /	<input type="text"/> Valor UF	= <input type="text"/> UF
Fondo...	<input type="text"/> N° de cuotas	*	<input type="text"/> Valor cuota /	<input type="text"/> Valor UF	= <input type="text"/> UF
Ahorro previsional voluntario colectivo, subsaldo régimen de la letra a) del artículo 20 L del D.L. N° 3.500, de 1980 (RA)					
Fondo...	<input type="text"/> N° de cuotas	*	<input type="text"/> Valor cuota /	<input type="text"/> Valor UF	= <input type="text"/> UF
Fondo...	<input type="text"/> N° de cuotas	*	<input type="text"/> Valor cuota /	<input type="text"/> Valor UF	= <input type="text"/> UF
Ahorro previsional voluntario colectivo, subsaldo régimen de la letra b) del artículo 20 L del D.L. N° 3.500, de 1980 (RB)					
Fondo...	<input type="text"/> N° de cuotas	*	<input type="text"/> Valor cuota /	<input type="text"/> Valor UF	= <input type="text"/> UF
Fondo...	<input type="text"/> N° de cuotas	*	<input type="text"/> Valor cuota /	<input type="text"/> Valor UF	= <input type="text"/> UF
Saldo traspasado desde Cuenta de Ahorro Voluntario, subsaldos RTG, R54 y RTE					
Fondo...	<input type="text"/> N° de cuotas	*	<input type="text"/> Valor cuota /	<input type="text"/> Valor UF	= <input type="text"/> UF
Fondo...	<input type="text"/> N° de cuotas	*	<input type="text"/> Valor cuota /	<input type="text"/> Valor UF	= <input type="text"/> UF
Saldo traspasado desde el Seguro de Cesantía					
Fondo...	<input type="text"/> N° de cuotas	*	<input type="text"/> Valor cuota /	<input type="text"/> Valor UF	= <input type="text"/> UF
Fondo...	<input type="text"/> N° de cuotas	*	<input type="text"/> Valor cuota /	<input type="text"/> Valor UF	= <input type="text"/> UF
TOTAL SALDO CUENTA INDIVIDUAL					<input type="text"/> UF

REVERSO

ANUALIDAD, en UF :	Anualidad cotizaciones obligatorias	<input type="text"/>	UF
	Anualidad cotizaciones afiliado voluntario	<input type="text"/>	UF
	Anualidad cotizaciones voluntarias RA	<input type="text"/>	UF
	Anualidad cotizaciones voluntarias RB	<input type="text"/>	UF
	Anualidad depósitos convenidos	<input type="text"/>	UF
	Anualidad ahorro previsional voluntario colectivo RA	<input type="text"/>	UF
	Anualidad ahorro previsional voluntario colectivo RB	<input type="text"/>	UF
	Anualidad cuenta de ahorro voluntario RTG, R54 y RTE	<input type="text"/>	UF
	Anualidad saldo Seguro de Cesantía	<input type="text"/>	UF
	Anualidad Total	<input type="text"/>	UF

MONTO MENSUAL (Anualidad total /12) UF

Fecha devengamiento anualidad

Nombre, Firma y timbre
Representante AFP

FICHA DE CÁLCULO RETIRO PROGRAMADO –SIN ENDOSAR BR

Fecha solicitud de pensión	<input type="text"/>	Fecha recálculo anual	<input type="text"/>
Identificación del afiliado: Apellido Paterno, Materno y Nombres			
RUT	<input type="text"/>	Tasa de interés	<input type="text"/> %
		Tipo de Pensión	<input type="text"/>
CAPITALES NECESARIOS UNITARIOS			
Nombre	Fecha Nacimiento	Sexo	Edad Actuarial
Afiliado			
Beneficiario 1			
Beneficiario n			
ANTECEDENTES DEL BONO DE RECONOCIMIENTO:			
Tipo Documento	Valor Nominal en \$	Fecha Emisión	Fecha Vencimiento
- Bono de Reconocimiento			
- Bono de Reconocimiento Exonerado Político 1			
CUENTA INDIVIDUAL			
Fecha del valor cuota y de la UF <input type="text"/>			
Saldo cuenta individual, cotizaciones obligatorias			
Fondo...	N° de cuotas *	Valor cuota /	Valor UF = <input type="text"/> UF
Fondo...	N° de cuotas *	Valor cuota /	Valor UF = <input type="text"/> UF
Saldo cuenta afiliado voluntario			
Fondo...	N° de cuotas *	Valor cuota /	Valor UF = <input type="text"/> UF
Fondo...	N° de cuotas *	Valor cuota /	Valor UF = <input type="text"/> UF
Saldo cuenta individual, cotizaciones voluntarias, subsaldo régimen de la letra a) del artículo 20 L del D.L. N° 3.500, de 1980 (RA)			
Fondo...	N° de cuotas *	Valor cuota /	Valor UF = <input type="text"/> UF
Fondo...	N° de cuotas *	Valor cuota /	Valor UF = <input type="text"/> UF
Saldo cuenta individual, cotizaciones voluntarias, subsaldo régimen de la letra b) del artículo 20 L del D.L. N° 3.500, de 1980 (RB)			
Fondo...	N° de cuotas *	Valor cuota /	Valor UF = <input type="text"/> UF
Fondo...	N° de cuotas *	Valor cuota /	Valor UF = <input type="text"/> UF
Saldo cuenta individual, depósitos convenidos			
Fondo...	N° de cuotas *	Valor cuota /	Valor UF = <input type="text"/> UF
Fondo...	N° de cuotas *	Valor cuota /	Valor UF = <input type="text"/> UF
Saldo cuenta individual, ahorro previsional voluntario colectivo, subsaldo régimen de la letra a) del artículo 20 L del D.L. N° 3.500, de 1980 (RA)			
Fondo...	N° de cuotas *	Valor cuota /	Valor UF = <input type="text"/> UF
Fondo...	N° de cuotas *	Valor cuota /	Valor UF = <input type="text"/> UF
Saldo cuenta individual, ahorro previsional voluntario colectivo, subsaldo régimen de la letra b) del artículo 20 L del D.L. N° 3.500, de 1980 (RB)			
Fondo...	N° de cuotas *	Valor cuota /	Valor UF = <input type="text"/> UF
Fondo...	N° de cuotas *	Valor cuota /	Valor UF = <input type="text"/> UF
Saldo traspasado desde cuenta de ahorro voluntario, subsaldos RTG, R54 y RTE			
Fondo...	N° de cuotas *	Valor cuota /	Valor UF = <input type="text"/> UF
Fondo...	N° de cuotas *	Valor cuota /	Valor UF = <input type="text"/> UF
Saldo traspasado desde el Seguro de Cesantía			
Fondo...	N° de cuotas *	Valor cuota /	Valor UF = <input type="text"/> UF
Fondo...	N° de cuotas *	Valor cuota /	Valor UF = <input type="text"/> UF
TOTAL SALDO CUENTA INDIVIDUAL			<input type="text"/> UF

REVERSO

ANUALIDAD - RP		ANUALIDAD EFECTIVA	
Anualidad cotizaciones obligatorias	<input type="text"/> UF	Anualidad cotizaciones obligatorias	<input type="text"/> UF
Anualidad cotizaciones afiliado vol.	<input type="text"/> UF	Anualidad cotizaciones afiliado vol.	<input type="text"/> UF
Anualidad cotizaciones voluntarias RA	<input type="text"/> UF	Anualidad cotizaciones voluntarias RA	<input type="text"/> UF
Anualidad cotizaciones voluntarias RB	<input type="text"/> UF	Anualidad cotizaciones voluntarias RB	<input type="text"/> UF
Anualidad depósitos convenidos	<input type="text"/> UF	Anualidad depósitos convenidos	<input type="text"/> UF
Anualidad APVC RA	<input type="text"/> UF	Anualidad APVC RA	<input type="text"/> UF
Anualidad APVC RB	<input type="text"/> UF	Anualidad APVC RB	<input type="text"/> UF
Anualidad CAV RTG, R54 y RTE	<input type="text"/> UF	Anualidad CAV RTG, R54 y RTE	<input type="text"/> UF
Anualidad Seguro de Cesantía	<input type="text"/> UF	Anualidad Seguro de Cesantía	<input type="text"/> UF
Anualidad Total	<input type="text"/> UF	Anualidad Total	<input type="text"/> UF
Anualidad a pagar:	<input type="text"/> RP		
MONTO MENSUAL (Anualidad total /12)	<input type="text"/> UF		
Fecha devengamiento anualidad	<input type="text"/>		
		_____ Nombre, Firma y timbre Representante AFP	

FICHA DE CÁLCULO RETIRO PROGRAMADO – SOBREVIVENCIA

Fecha solicitud de pensión Fecha recálculo anual

Identificación del afiliado: Apellido Paterno, Materno y Nombres

RUT Tasa de interés vigente %

Capitales necesarios unitarios

	Nombre	Sexo	Fecha Nacimiento	Edad Actuarial	Tipo beneficiario	c.n.u.
Beneficiario 1						
Beneficiario 2						
Beneficiario n						
Total c.n.u.						

Fecha del valor cuota y de la UF

Saldo cuenta individual, cotizaciones obligatorias incluido Bono de Reconocimiento

Fondo... N° de cuotas * Valor cuota / Valor UF = UF

Fondo... N° de cuotas * Valor cuota / Valor UF = UF

Saldo afiliado voluntario

Fondo... N° de cuotas * Valor cuota / Valor UF = UF

Fondo... N° de cuotas * Valor cuota / Valor UF = UF

Saldo cuenta individual, cotizaciones voluntarias, subsaldo régimen de la letra a) del artículo 20 L del D.L. N° 3.500, de 1980 (RA)

Fondo... N° de cuotas * Valor cuota / Valor UF = UF

Fondo... N° de cuotas * Valor cuota / Valor UF = UF

Saldo cuenta individual, cotizaciones voluntarias, subsaldo régimen de la letra b) del artículo 20 L del D.L. N° 3.500, de 1980 (RB)

Fondo... N° de cuotas * Valor cuota / Valor UF = UF

Fondo... N° de cuotas * Valor cuota / Valor UF = UF

Saldo cuenta individual, depósitos convenidos

Fondo... N° de cuotas * Valor cuota / Valor UF = UF

Fondo... N° de cuotas * Valor cuota / Valor UF = UF

Saldo cuenta individual, ahorro previsional voluntario colectivo, subsaldo régimen de la letra a) del artículo 20 L del D.L. N° 3.500, de 1980 (RA)

Fondo... N° de cuotas * Valor cuota / Valor UF = UF

Fondo... N° de cuotas * Valor cuota / Valor UF = UF

Saldo cuenta individual, ahorro previsional voluntario colectivo, subsaldo régimen de la letra b) del artículo 20 L del D.L. N° 3.500, de 1980 (RB)

Fondo... N° de cuotas * Valor cuota / Valor UF = UF

Fondo... N° de cuotas * Valor cuota / Valor UF = UF

TOTAL SALDO CUENTA INDIVIDUAL UF

REVERSO

ANUALIDAD, en UF :	Anualidad cotizaciones obligatorias		UF
	Anualidad cotizaciones afiliado voluntario		UF
	Anualidad cotizaciones voluntarias RA		UF
	Anualidad cotizaciones voluntarias RB		UF
	Anualidad depósitos convenidos		UF
	Anualidad ahorro previsional volunt. colectivo RA		UF
	Anualidad ahorro previsional volunt. colectivo RB		UF
	Anualidad Total		UF

MONTO MENSUAL EN UF

Nombre	%	Monto

Fecha devengamiento anualidad

Nombre, Firma y timbre
Representante AFP

FICHA DE CÁLCULO RENTA TEMPORAL – VEJEZ – INVALIDEZ

Fecha solicitud de pensión	<input style="width: 90%;" type="text"/>	Fecha recálculo anual	<input style="width: 90%;" type="text"/>
Identificación del afiliado: Apellido Paterno, Materno y Nombres			
RUT	<input style="width: 100%;" type="text"/>	Tipo de Pensión	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Tasa de interés vigente	<input style="width: 50%;" type="text"/> %		
Fecha del valor cuota y de la UF	<input style="width: 100%;" type="text"/>		
Saldo cuenta individual, cotizaciones obligatorias incluido Bono de Reconocimiento			
Fondo...	<input style="width: 50%;" type="text"/> N° de cuotas *	<input style="width: 50%;" type="text"/> Valor cuota /	<input style="width: 50%;" type="text"/> Valor UF = <input style="width: 50%;" type="text"/> UF
Fondo...	<input style="width: 50%;" type="text"/> N° de cuotas *	<input style="width: 50%;" type="text"/> Valor cuota /	<input style="width: 50%;" type="text"/> Valor UF = <input style="width: 50%;" type="text"/> UF
		Sub total	= <input style="width: 50%;" type="text"/> UF
Saldo cuenta afiliado voluntario			
Fondo...	<input style="width: 50%;" type="text"/> N° de cuotas *	<input style="width: 50%;" type="text"/> Valor cuota /	<input style="width: 50%;" type="text"/> Valor UF = <input style="width: 50%;" type="text"/> UF
Fondo...	<input style="width: 50%;" type="text"/> N° de cuotas *	<input style="width: 50%;" type="text"/> Valor cuota /	<input style="width: 50%;" type="text"/> Valor UF = <input style="width: 50%;" type="text"/> UF
		Sub total	= <input style="width: 50%;" type="text"/> UF
Saldo cuenta individual, cotizaciones voluntarias, subsaldo régimen de la letra a) del artículo 20 L del D.L. N° 3.500, de 1980 (RA)			
Fondo...	<input style="width: 50%;" type="text"/> N° de cuotas *	<input style="width: 50%;" type="text"/> Valor cuota /	<input style="width: 50%;" type="text"/> Valor UF = <input style="width: 50%;" type="text"/> UF
Fondo...	<input style="width: 50%;" type="text"/> N° de cuotas *	<input style="width: 50%;" type="text"/> Valor cuota /	<input style="width: 50%;" type="text"/> Valor UF = <input style="width: 50%;" type="text"/> UF
		Sub total	= <input style="width: 50%;" type="text"/> UF
Saldo cuenta individual, cotizaciones voluntarias, subsaldo régimen de la letra b) del artículo 20 L del D.L. N° 3.500, de 1980 (RB)			
Fondo...	<input style="width: 50%;" type="text"/> N° de cuotas *	<input style="width: 50%;" type="text"/> Valor cuota /	<input style="width: 50%;" type="text"/> Valor UF = <input style="width: 50%;" type="text"/> UF
Fondo...	<input style="width: 50%;" type="text"/> N° de cuotas *	<input style="width: 50%;" type="text"/> Valor cuota /	<input style="width: 50%;" type="text"/> Valor UF = <input style="width: 50%;" type="text"/> UF
		Sub total	= <input style="width: 50%;" type="text"/> UF
Saldo cuenta individual, depósitos convenidos			
Fondo...	<input style="width: 50%;" type="text"/> N° de cuotas *	<input style="width: 50%;" type="text"/> Valor cuota /	<input style="width: 50%;" type="text"/> Valor UF = <input style="width: 50%;" type="text"/> UF
Fondo...	<input style="width: 50%;" type="text"/> N° de cuotas *	<input style="width: 50%;" type="text"/> Valor cuota /	<input style="width: 50%;" type="text"/> Valor UF = <input style="width: 50%;" type="text"/> UF
		Sub total	= <input style="width: 50%;" type="text"/> UF
Saldo cuenta individual, ahorro previsional voluntario colectivo, subsaldo régimen de la letra a) del artículo 20 L del D.L. N° 3.500, de 1980 (RA)			
Fondo...	<input style="width: 50%;" type="text"/> N° de cuotas *	<input style="width: 50%;" type="text"/> Valor cuota /	<input style="width: 50%;" type="text"/> Valor UF = <input style="width: 50%;" type="text"/> UF
Fondo...	<input style="width: 50%;" type="text"/> N° de cuotas *	<input style="width: 50%;" type="text"/> Valor cuota /	<input style="width: 50%;" type="text"/> Valor UF = <input style="width: 50%;" type="text"/> UF
		Sub total	= <input style="width: 50%;" type="text"/> UF
Saldo cuenta individual, ahorro previsional voluntario colectivo, subsaldo régimen de la letra b) del artículo 20 L del D.L. N° 3.500, de 1980 (RB)			
Fondo...	<input style="width: 50%;" type="text"/> N° de cuotas *	<input style="width: 50%;" type="text"/> Valor cuota /	<input style="width: 50%;" type="text"/> Valor UF = <input style="width: 50%;" type="text"/> UF
Fondo...	<input style="width: 50%;" type="text"/> N° de cuotas *	<input style="width: 50%;" type="text"/> Valor cuota /	<input style="width: 50%;" type="text"/> Valor UF = <input style="width: 50%;" type="text"/> UF
		Sub total	= <input style="width: 50%;" type="text"/> UF
Saldo cuenta de ahorro voluntario, subsaldos RTG, R54 y RTE			
Fondo...	<input style="width: 50%;" type="text"/> N° de cuotas *	<input style="width: 50%;" type="text"/> Valor cuota /	<input style="width: 50%;" type="text"/> Valor UF = <input style="width: 50%;" type="text"/> UF
Fondo...	<input style="width: 50%;" type="text"/> N° de cuotas *	<input style="width: 50%;" type="text"/> Valor cuota /	<input style="width: 50%;" type="text"/> Valor UF = <input style="width: 50%;" type="text"/> UF
		Sub total	= <input style="width: 50%;" type="text"/> UF
Saldo traspasado desde el Seguro de Cesantía			
Fondo...	<input style="width: 50%;" type="text"/> N° de cuotas *	<input style="width: 50%;" type="text"/> Valor cuota /	<input style="width: 50%;" type="text"/> Valor UF = <input style="width: 50%;" type="text"/> UF
Fondo...	<input style="width: 50%;" type="text"/> N° de cuotas *	<input style="width: 50%;" type="text"/> Valor cuota /	<input style="width: 50%;" type="text"/> Valor UF = <input style="width: 50%;" type="text"/> UF
		Sub total	= <input style="width: 50%;" type="text"/> UF

REVERSO

Renta Temporal, en UF :	Renta Temporal, cotizaciones obligatorias	<input type="text"/>	UF
	Renta Temporal, cotizaciones afiliado voluntario	<input type="text"/>	UF
	Renta Temporal, cotizaciones voluntarias RA	<input type="text"/>	UF
	Renta Temporal, cotizaciones voluntarias RB	<input type="text"/>	UF
	Renta Temporal, depósitos convenidos	<input type="text"/>	UF
	Renta Temporal, APVC RA	<input type="text"/>	UF
	Renta Temporal, APVC RB	<input type="text"/>	UF
	Renta Temporal, CAV (RTG, R54 y RTE)	<input type="text"/>	UF
	Renta Temporal, saldo Seguro de Cesantía	<input type="text"/>	UF
	Renta Temporal Total	<input type="text"/>	UF

MONTO MENSUAL (Renta Temporal total /12) UF

Fecha Devengamiento

Nombre, Firma y timbre
Representante AFP

FICHA DE CÁLCULO RENTA TEMPORAL – SOBREVIVENCIA

Fecha solicitud de pensión		Fecha recálculo anual				
Identificación del afiliado: Apellido Paterno, Materno y Nombres						
RUT		Tasa de interés vigente				
Período Renta Temporal						
Fecha del valor cuota y de la UF						
Saldo cuenta individual, cotizaciones obligatorias incluido Bono de Reconocimiento						
Fondo...	N° de cuotas	*	Valor cuota / Valor UF	=		UF
Fondo...	N° de cuotas	*	Valor cuota / Valor UF	=		UF
			Sub total	=		UF
Saldo cuenta afiliado voluntario						
Fondo...	N° de cuotas	*	Valor cuota / Valor UF	=		UF
Fondo...	N° de cuotas	*	Valor cuota / Valor UF	=		UF
			Sub total	=		UF
Saldo cuenta individual, cotizaciones voluntarias, subsaldo régimen de la letra a) del artículo 20 L del D.L. N° 3.500, de 1980 (RA)						
Fondo...	N° de cuotas	*	Valor cuota / Valor UF	=		UF
Fondo...	N° de cuotas	*	Valor cuota / Valor UF	=		UF
			Sub total	=		UF
Saldo cuenta individual, cotizaciones voluntarias, subsaldo régimen de la letra b) del artículo 20 L del D.L. N° 3.500, de 1980 (RB)						
Fondo...	N° de cuotas	*	Valor cuota / Valor UF	=		UF
Fondo...	N° de cuotas	*	Valor cuota / Valor UF	=		UF
			Sub total	=		UF
Saldo cuenta individual, depósitos convenidos						
Fondo...	N° de cuotas	*	Valor cuota / Valor UF	=		UF
Fondo...	N° de cuotas	*	Valor cuota / Valor UF	=		UF
			Sub total	=		UF
Saldo cuenta individual, ahorro previsional voluntario colectivo, subsaldo régimen de la letra a) del artículo 20 L del D.L. N° 3.500, de 1980 (RA)						
Fondo...	N° de cuotas	*	Valor cuota / Valor UF	=		UF
Fondo...	N° de cuotas	*	Valor cuota / Valor UF	=		UF
			Sub total	=		UF
Saldo cuenta individual, ahorro previsional voluntario colectivo, subsaldo régimen de la letra b) del artículo 20 L del D.L. N° 3.500, de 1980 (RB)						
Fondo...	N° de cuotas	*	Valor cuota / Valor UF	=		UF
Fondo...	N° de cuotas	*	Valor cuota / Valor UF	=		UF
			Sub total	=		UF

REVERSO

Renta Temporal, en UF	Renta Temporal, cotizaciones obligatorias		UF
	Renta Temporal, cotizaciones afiliado vol.		UF
	Renta Temporal, cotizaciones voluntarias RA		UF
	Renta Temporal, cotizaciones voluntarias RB		UF
	Renta Temporal, depósitos convenidos		UF
	Renta Temporal, APVC RA		UF
	Renta Temporal, APVC RB		UF
	Renta Temporal Total		UF

MONTO MENSUAL (Renta Temporal total /12)

Nombre	%	Monto

Fecha devengamiento

Nombre, Firma y timbre
Representante AFP

Nota de actualización: La Norma de Carácter General N° 27, de fecha 7 de noviembre de 2011, reemplazó los formularios de Ficha de Cálculo. Posteriormente la Norma de Carácter General N° 48, de fecha 29 de mayo de 2012, nuevamente los reemplaza. Posteriormente, la Norma de Carácter General N° 141, de fecha 20 de mayo de 2015, reemplazó algunos formularios de Ficha de Cálculo.

8. Varios

COMPROBANTE DE PAGO DE PENSIONES

El comprobante de pago de pensiones debe tener los siguientes conceptos:

I. ANTECEDENTES

1. Nombre del afiliado
2. RUT del afiliado
3. Nombre del receptor de la pensión
4. RUT del receptor de la pensión
5. Fecha de disponibilidad del beneficio
6. Banco y No. del documento
7. Destino de la cotización de salud
8. Próxima fecha de disponibilidad

II TIPO DE PENSION

1. Invalidez
2. Vejez
3. Sobrevivencia

III MODALIDAD DE PENSION

1. Retiro Programado
2. Retiro Programado sin endosar ni transar el Bono
3. Renta Temporal
4. Cubierto por el seguro

IV PERIODO CONSIDERADO EN LA PENSION

V UNIDAD DE PAGO

VI CÁLCULO DEL MONTO A PAGAR

Pensión	\$ _____
+ Complemento Pensión Mínima	\$ _____
+ Aporte previsional solidario	\$ _____
+ Garantía Estatal	\$ _____
+ Otros haberes	\$ _____
= Pensión Bruta	\$ _____
- Cotización de salud	\$ _____
+ Bonificación fiscal salud, ley 20.531	\$ _____
Total cotización legal salud a pagar	\$ _____
- Cotización adicional salud	\$ _____
- Comisión	\$ _____
- Impuestos	\$ _____
- Aporte Caja Compensación o cuotas de Cooperativas	\$ _____
- Descuento Caja Compensación o Cooperativas	\$ _____
- Otros descuentos	\$ _____
= Pensión Neta	\$ _____
+ Asignación Familiar	\$ _____
= Monto a pagar	\$ _____

Recibí Conforme

Nota de actualización: Este Comprobante de Pago de Pensiones fue modificado por la Norma de Carácter General N° 23, de fecha 07 de octubre de 2011. Posteriormente fue reemplazado por la Norma de Carácter General N° 119, de fecha 11 de julio de 2014. Posteriormente, este Comprobante de Pago fue reemplazado por la Norma de Carácter General N° 193, de fecha 23 de enero de 2017.

SOLICITUD DE CUOTA MORTUORIA (ANVERSO)

FECHA		
DIA	MES	AÑO

“Artículo 88 del D.L. N° 3.500, de 1980: Tendrá derecho al beneficio de cuota mortuoria consistente en el retiro del equivalente a 15 Unidades de Fomento de la respectiva cuenta individual, quién, unido o no por vínculo de matrimonio o parentesco con el afiliado fallecido, acredite haberse hecho cargo de los gastos del funeral.

Sin embargo, si quien hubiere hecho los gastos fuere persona distinta del cónyuge o conviviente civil, hijos o padres del afiliado fallecido, sólo tendrá derecho a tal retiro hasta la concurrencia del monto efectivo de su gasto, con el límite de 15 Unidades de Fomento, quedando el saldo hasta completar dicha cifra a disposición del o la cónyuge o conviviente civil sobreviviente, y a falta de éste, de los hijos o los padres del afiliado.

Este pago también deberá ser efectuado, en las mismas condiciones, por la Compañía de Seguros que, en su caso, estuviere pagando una renta vitalicia.

Cuando el afiliado hubiere seleccionado la modalidad de Renta Vitalicia Inmediata con Retiro Programado, la cuota mortuoria deberá ser pagada con recursos de la cuenta de capitalización individual y de la Compañía de Seguros en proporción a la distribución inicial del saldo entre ambas modalidades de pensión.”

I. Identificación del trabajador fallecido

R.U.T.	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES		
FECHA DE NACIMIENTO			FECHA DE DEFUNCION		
CALLE	N°	DEPTO.	POBLACION – COMUNA - CIUDAD	REGION	FONO

II: Identificación de la persona, natural o jurídica, que contrato los servicios funerarios

R.U.T.	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES		
CALLE	N°	DEPTO.	POBLACION – COMUNA - CIUDAD	REGION	FONO
RELACION DE PARENTESCO CON EL AFILIADO					

(REVERSO SOLICITUD DE CUOTA MORTUORIA)

III: Identificación de la persona, natural o jurídica, que solicita el pago de la cuota mortuoria

R.U.T.	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES			
CALLE	N°	DEPTO.	POBLACION – COMUNA - CIUDAD	REGION	FONO	
RELACION DE PARENTESCO CON EL AFILIADO						

.....
Firma de la persona que solicita los servicios funerarios

.....
Firma de la persona que solicita el pago de la cuota mortuoria

Nota de actualización: El formulario Solicitud de cuota mortuoria fue modificado por la Norma de Carácter General N° 153, de fecha 11 de septiembre de 2015. Posteriormente, este formulario fue reemplazado por la Norma de Carácter General N° 251, de fecha 9 de diciembre de 2019.

Nota de actualización: Este formulario de Transferencia de Fondos desde la Cta. de Ahorro Voluntario fue reemplazado por la Norma de Carácter General N° 48, de fecha 29 de mayo de 2012.

DESTINO DE COTIZACIONES VOLUNTARIAS

FECHA

IDENTIFICACIÓN DEL AFILIADO

<input type="text"/>			
Apellido Paterno y Materno		Nombres	
RUT	<input type="text"/>	Fecha Solicitud de Pensión	<input type="text"/>
Pensionado o con pensión en trámite en:			
Vejez Edad <input type="checkbox"/>		Vejez Anticipada <input type="checkbox"/>	Invalidez <input type="checkbox"/>

Con esta fecha comunico a AFP.....S.A. mi decisión de destinar a pensión el monto de.....cuotas o.....UF de mis cotizaciones voluntarias.

Firma del Afiliado

BENEFICIARIOS NO DECLARADOS

FECHA

IDENTIFICACIÓN DEL AFILIADO

<input type="text"/>		Apellido Paterno y Materno		<input type="text"/>		Nombres	
RUT	<input type="text"/>	Fecha Solicitud de Pensión			<input type="text"/>		
Pensionado o con pensión en trámite en:							
	Vejez Edad	<input type="checkbox"/>	Vejez Anticipada	<input type="checkbox"/>	Invalidez	<input type="checkbox"/>	Sobrevivencia
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

BENEFICIARIO 1

<input type="text"/>		Apellido Paterno y Materno		<input type="text"/>		Nombres	
RUT	<input type="text"/>	Fecha de nacimiento			<input type="text"/>		
<input type="text"/>	Sexo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fono	<input type="text"/>		
		F	M				
Relación de parentesco con el causante							
<input type="text"/>							
Dirección							
<input type="text"/>							

Firma Afiliado							

BENEFICIARIO 2

<input type="text"/>		Apellido Paterno y Materno		<input type="text"/>		Nombres	
RUT	<input type="text"/>	Fecha de nacimiento			<input type="text"/>		
<input type="text"/>	Sexo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fono	<input type="text"/>		
		F	M				
Relación de parentesco con el causante							
<input type="text"/>							
Dirección							
<input type="text"/>							

Firma Afiliado							

**SOLICITUD DE TRANSFERENCIA DE FONDOS DESDE LA CUENTA
INDIVIDUAL POR CESANTÍA**

FECHA

IDENTIFICACIÓN DEL AFILIADO

<input type="text"/>		
Apellido Paterno y Materno		Nombres
RUT <input type="text"/>	Fecha Solicitud de Pensión	<input type="text"/>
Pensión en trámite: Vejez Edad <input type="checkbox"/> Vejez Anticipada <input type="checkbox"/> Invalidez <input type="checkbox"/>		

Con esta fecha mandato a AFP.....S.A. para que solicite en mi nombre a la Administradora de Fondos de Cesantía:

- La transferencia del total del saldo de mi cuenta individual por cesantía (C.I.C.), o
- La transferencia de UF, del total del saldo de mi cuenta individual por cesantía (C.I.C.) o el saldo disponible al momento del traspaso en caso de no cubrirse las UF solicitadas.

Firma del Afiliado