

Libro III, Título IV, Anexos

Anexo N° 4 Convenio de Seguridad Social entre Chile y Perú: Solicitud de transferencia de fondos entre Sistemas de Capitalización Individual

CONVENIO DE SEGURIDAD SOCIAL ENTRE CHILE Y PERU
SOLICITUD DE TRANSFERENCIA DE FONDOS
ENTRE SISTEMAS DE CAPITALIZACION INDIVIDUAL

TIMBRE AFP DESTINO (1)				FECHA DE RECEPCION (1) EN LA AFP DE DESTINO N° DE FOLIO		
RN	A.F.P.	SUCURSAL		DIA	MES	AÑO

PAIS DE DESTINO: (País al cual van a ser transferidos los fondos previsionales)	_____
PAIS DE ORIGEN: (País desde el cual van a ser retirados los fondos previsionales)	_____

SECCION 1 : DATOS DEL AFILIADO

IDENTIFICACION						
Apellido Paterno			Apellido Materno		Nombres	
Fecha Nacimiento			Sexo	Tipo de Documento de Identidad	N° de Documento de Identidad	Nacionalidad
Día	Mes	Año	Masc. <input type="checkbox"/>			
			Femen <input type="checkbox"/>			
DOMICILIO ACTUAL						
Calle		N°	Dpto. N° / Block / Sector / Población / Villa / Comuna / Distrito / Ciudad / País			
Código Postal		Teléfono		E-Mail		
CALIDAD						
Trabajador Dependiente: <input type="checkbox"/>			Trabajador Independiente: <input type="checkbox"/>			
Pensionado en País de Destino:						
Tipo de Pensión:		Jubilación o Vejez <input type="checkbox"/>	Jubilación o Vejez Anticipada <input type="checkbox"/>	Invalidez <input type="checkbox"/>		
MANDATARIO O APODERADO						
R.U.T. / R.U.C. o N° y Tipo de Documento de Identidad		APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES		
Poder Notarial Recepcionado: Original Poder Notarial Especial <input type="checkbox"/> Fotocopia Legalizada Poder Notarial Especial <input type="checkbox"/>						

SECCION 2 : INFORMACION SOBRE LOS FONDOS PREVISIONALES DEL PAIS DE ORIGEN (2)

Nombre AFP que registra afiliación: _____

Tiene derecho a Bono de Reconocimiento: Si No

Ha solicitado o solicita la emisión del Bono de Reconocimiento: Si No

Tiene Depósitos Convenidos o Aportes del Empleador: Si No

Transferió conjuntamente con las cotizaciones obligatorias: Cotizaciones Voluntarias: Monto a transferir: 100%

IMPORTANTE: Las Cotizaciones Voluntarias enteradas en Chile, que formen parte de los montos a traspasar a Perú, en forma previa a la transferencia deberán tributar de acuerdo a la legislación interna chilena.

DECLARO BAJO JURAMENTO QUE TODOS LOS DATOS CONTENIDOS EN LA PRESENTE SOLICITUD CORRESPONDE FIELMENTE A LA VERDAD

FIRMA DEL AFILIADO O EL MANDATARIO

SECCION 3: INSTITUCIONES COMPETENTES O ENTIDADES GESTORAS (AFP)

<input type="checkbox"/>	AFP DE DESTINO REMITE A AFP DE ORIGEN:
<input type="checkbox"/>	Certificación de Afiliación al Sistema de Capitalización Individual y cumplimiento de 60 cotizaciones como mínimo en el país destino o calidad de pensionado.
<input type="checkbox"/>	Copia documento de identificación.
<input type="checkbox"/>	(D) Documento de Residencia en <input type="checkbox"/> Chile <input type="checkbox"/> Perú
<input type="checkbox"/>	AFP DE DESTINO SOLICITA A AFP DE ORIGEN:
<input type="checkbox"/>	Certificado de las Rentas percibidas en el país de origen, o Detalle de Remuneraciones de los 120 meses anteriores al mes de suscripción de la Solicitud de Transferencia de Fondos.
<input type="checkbox"/>	Cuenta Histórica Detallada o Estado de Cuenta Detallado con el registro del total de las cotizaciones enteradas por el afiliado en el país de origen.
<input type="checkbox"/>	Declaración de Beneficiarios
<input type="checkbox"/>	Certificado que acredita que el afiliado tiene derecho al Bono de Reconocimiento, cuando corresponda y de acuerdo a la legislación de cada país.
<input type="checkbox"/>	Certificado que informa Estado del Bono de Reconocimiento y fecha en que se liquidará y efectuará la Transferencia, cuando corresponda y de acuerdo a la legislación de cada país, en caso de no incluirse en la Transferencia que origina la presente Solicitud.
<input type="checkbox"/>	Certificado que indica items pendientes de Transferencia.

INSTITUCIÓN COMPETENTE O ENTIDAD GESTORA (AFP) PAÍS DE DESTINO

Razón Social
Dirección / Comuna / Distrito / Ciudad / País
Teléfono / Código Postal / E-mail

ANTECEDENTES BANCARIOS INSTITUCIÓN COMPETENTE O ENTIDAD GESTORA (AFP) PAÍS DE DESTINO

Nombre Banco Comercial en el que se depositarán los fondos
Nombre de la Sucursal y N° de Cuenta Corriente

CERTIFICO QUE HE TENIDO ANTE MI VISTA LOS DOCUMENTOS DE IDENTIFICACION DEL AFILIADO (4)

Nombre y Firma del Gerente General / Timbre de la Administradora

DÍA	MES	AÑO

FECHA Y TIMBRE DE ENVÍO DE LA SOLICITUD DE TRANSFERENCIA DESDE LA AFP PAÍS DE DESTINO A LA ADMINISTRADORA DEL PAÍS ORIGEN

INSTITUCIÓN COMPETENTE O ENTIDAD GESTORA (AFP) PAÍS DE ORIGEN:

Nombre
Dirección / Comuna / Distrito / Ciudad / País
Teléfono / Código Postal / E-mail

DÍA	MES	AÑO

FECHA Y TIMBRE DE RECEPCIÓN DE LA SOLICITUD DE TRANSFERENCIA EN LA AFP PAÍS DE ORIGEN

INSTRUCCIONES DE LLENADO

(1) La Administradora que recepcione una Solicitud de Transferencia de Fondos a fin de requerir éstos a Perú, deberá colocar su timbre y fecha de recepción.

(2) Esta información deberá ser respondida por el solicitante, quien posteriormente deberá estampar su firma.

(3) La Administradora podrá remitir una fotocopia en la cual se haya estampado el timbre que es copia fiel del original, previa verificación con el documento original.

(4) El funcionario de la Administradora que recepcione la documentación deberá colocar su nombre y estampar la firma, certificando que ha tenido los documentos del afiliado a su vista. Además, para el envío del presente formulario se deberá estampar el nombre y la firma del Gerente General.

Nota de actualización: Este Anexo fue modificado por la Norma de Carácter General N° 101, de fecha 26 de diciembre de 2013.