

**Libro III, Título I, Letra L, Anexo**

# **Anexo N° 1 Solicitud de Afiliación, Desafiliación o Modificación de Datos de Pensionados**

---

C.C.A.F.: _____		FECHA DE RECEPCION
<b>SOLICITUD DE AFILIACION, DESAFILIACION O MODIFICACION DE DATOS DE PENSIONADOS</b>		AGENCIA RECEPCION
<input type="checkbox"/> Afiliación nueva <input type="checkbox"/> Desafiliación de otra C.C.A.F. <input type="checkbox"/> Desafiliación del Sistema <input type="checkbox"/> Uso exclusivo C.C.A.F. <input type="checkbox"/> Modificación de Datos		
<b>I.- IDENTIFICACION DEL PENSIONADO</b>		
R.U.N.	NOMBRE COMPLETO DEL PENSIONADO (Apellidos paternos, Maternos y Nombres)	
N° inscripción / Control / Póliza	<b>SEXO</b> 1- Masculino <input type="checkbox"/> 2- Femenino <input type="checkbox"/>	<b>ESTADO CIVIL</b> 1- Casado(e) <input type="checkbox"/> 2- Soltero(e) <input type="checkbox"/> 3- Viudo(e) <input type="checkbox"/>
		<b>REGIMEN SALUD</b> 1- FONASA <input type="checkbox"/> 2- ISAPRE <input type="checkbox"/>
Fecha de Nacimiento		
DOMICILIO (Calle/Avenida, N° Depto, Condominio/Villa/Población/Sector)		
COMUNA	CIUDAD	REGION
		CODIGO POSTAL
TELEFONO		
<b>II.- ANTECEDENTES DE LA PENSION</b>		
FECHA DE VENCIMIENTO	\$ MONTO DE LA PENSION	TIPO DE PENSION
ENTIDAD PAGADORA DE LA PENSION		
<input type="checkbox"/> COMPAÑIA DE SEGUROS DE VIDA	<input type="checkbox"/> A.F.P.	
RAZON SOCIAL		
<input type="checkbox"/> I.P.S.	<input type="checkbox"/> Mutua (Acc del trab)	
R.U.T.		CODIGO
<b>III.- ANTECEDENTES DE LAS CARGAS FAMILIARES AUTORIZADAS</b>		
R.U.N.	NOMBRE COMPLETO (Apellido Paterno, Materno y Nombres)	Fecha de Nacimiento Dia/ Mes/ Año
		Sexo 1. Masc. 2. Fem.
		Parentesco
<b>IV.- AFILIACION NUEVA O DESAFILIACION DE OTRA C.C.A.F.</b>		
<b>DECLARACION JURADA DEL PENSIONADO</b>		
Declaro que los datos consignados en la presente solicitud son fidedignos y que he tomado conocimiento de los Artículos 41 al 44 transitorios de la Ley 12.084.		
A la vez y de conformidad al Artículo 16 de la Ley 19.539, autorizo a la entidad pagadora de mi pensión para descontar mensualmente el aporte fijado anualmente por el directorio de la C.C.A.F. _____, y para descontar otras deudas que contraiga con esta Caja por conceptos de crédito social y otras prestaciones, enterándolos en esta Caja de Compensación, dentro de los diez primeros días del mes siguiente a aquél en que se devengaron las pensiones.		
Autorizo a la Caja de Compensación de Asignación Familiar _____ para que modifique mi decisión de desafiliación de la Caja que se señala a continuación		
C.C.A.F. A LA QUE SE ENCUENTRA AFILIADO ACTUALMENTE	CODIGO	Firma del Pensionado
<b>V.- DESAFILIACION DEL SISTEMA DE C.C.A.F.</b>		
Por la presente, informo a la C.C.A.F. _____, [x] decisión de desafiliación del Sistema de Cajas de Compensación. En consecuencia, solicito se notifique a la entidad pagadora de mi pensión para que cese de efectuar el descuento por concepto de aporte.		
Firma del Pensionado		
<b>VI.- RESOLUCION DEL DIRECTORIO</b>		
El Honorable Directorio ha resuelto que la presente solicitud es		
<input type="checkbox"/> Aceptada	<input type="checkbox"/> Rechazada	
Fecha Acuerdo		Firma Autorizada
Uso exclusivo de la C.C.A.F.		
NOTA: La presentación de esta Solicitud no acredita su incorporación al sistema.		Timbre y Fecha de Recepción C.C.A.F.

## INSTRUCCIONES

### I. IDENTIFICACION DEL PENSIONADO

**a) R.U.N. y Nombre:** Se debe registrar el R.U.N y nombre completo del pensionado.

**b) N° Inscripción/Control/Póliza:** Se debe anotar el número correspondiente que aparece en la liquidación o comprobante de pago de pensión.

**c) Sexo, Estado Civil y Régimen de Salud:** Se debe anotar el número correspondiente al sexo, estado civil y régimen de salud del pensionado. **d) Fecha de Nacimiento:** Se debe indicar la fecha de nacimiento del pensionado consignada en el respectivo R.U.N.

**e) Domicilio, Comuna, Ciudad, Región, Código Postal y Teléfono:** Se deben registrar los datos correspondientes al pensionado.

### II. ANTECEDENTES DE LA PENSION

**a) Fecha de vencimiento:** Se debe registrar la fecha de vencimiento de la pensión que aparece en la liquidación o comprobante de pago respectivo.

**b) Monto:** Se anotará el monto bruto (sin descuentos), en pesos, de la pensión mensual consignada en la liquidación o comprobante de pago respectivo.

**c) Tipo de Pensión:** Se debe indicar el tipo de pensión de la cual es beneficiario el pensionado, esto es, Antigüedad, Vejez, Viudez, Invalidez, Orfandad, Sobrevivencia u otra causal. Además, los pensionados de conformidad con el D.L. N° 3.500, de 1980, deberán indicar el modo que hicieron efectiva su pensión señalando si se trata de una renta vitalicia inmediata, renta temporal con renta vitalicia diferida o retiro programado.

**d) Entidad Pagadora de la Pensión:** Se debe marcar con una "X" la entidad pagadora de la pensión del pensionado.

**e) Razón Social, Código y R.U.T.:** Corresponden a datos de la entidad pagadora de la pensión y que deben ser completados por la C.C.A.F.

### III. ANTECEDENTES DE LAS CARGAS FAMILIARES AUTORIZADAS

El pensionado deberá informar el R.U.N, nombre completo, fecha de nacimiento, sexo y parentesco, de las cargas familiares debidamente autorizadas y que estén siendo pagadas por la respectiva entidad pagadora de su pensión.

### IV. AFILIACION NUEVA O DESAFILIACION DE OTRA C.C.A.F.

Este casillero comprende una declaración jurada del pensionado que debe ser llenada y firmada por éste. El Código correspondiente a la C.C.A.F. en que se encontraba afiliado le debe ser proporcionado por la C.C.A.F. en que se va a afiliarse.

### V. DESAFILIACION DEL SISTEMA C.C.A.F.

En este Casillero el pensionado afiliado informa a la C.C.A.F. en que se encuentre afiliado su decisión de desafiarse del Sistema de Compensación de Asignación Familiar y solicita que se informe este hecho a la entidad pagadora de su pensión. El pensionado deberá estampar su firma para formalizar su desafiliación. **VI. RESOLUCION DEL DIRECTORIO**

Este casillero debe ser llenado por la C.C.A.F.