

2. DECLARACION DE BENEFICIARIOS (1) (2)

NOMBRES Y APELLIDOS	RELACION DE PARENTESCO	FECHA DE NACIMIENTO	R.U.T.	SEXO		OBS. (3)
				M	F	

(2) SE DEBERA INDICAR LOS POTENCIALES BENEFICIARIOS DE PENSION, VALE DECIR: CONYUGE VARON INVALIDO, CONYUGE MUJER, HIJOS, MADRE DE HIJOS NATURALES DEL TRABAJADOR, PADRE O MADRE DEL TRABAJADOR. ESTOS ULTIMOS SIEMPRE QUE NO EXISTA NINGUNO DE LOS ANTERIORES.

(3) DE EXISTIR UN CONYUGE VARON O UN HIJO INVALIDO, INDICARLO EN ESTA COLUMNA.

3. ACTIVIDAD LABORAL DEL TRABAJADOR EN CHILE

NOMBRE DEL EMPLEADOR	PERIODO		ACTIVIDAD DEL TRABAJADOR	REGIMEN PREVISIONAL (1)																
	DESDE	HASTA																		
	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>M</td><td>M</td><td>A</td><td>A</td> </tr> </table>					M	M	A	A	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>M</td><td>M</td><td>A</td><td>A</td> </tr> </table>					M	M	A	A		
M	M	A	A																	
M	M	A	A																	

(1) : EN CASO DE ESTAR AFILIADO AL INSTITUTO DE NORMALIZACION PREVISIONAL, INDICAR LA CAJA DE PREVISION DEL ANTIGUO REGIMEN PREVISIONAL. Y EN CASO DE ESTAR AFILIADO A UNA A.F.P. INDICAR ESPECIFICAMENTE EL NOMBRE DE ESTA.

FIRMA DEL SOLICITANTE

LOS DATOS PERSONALES CONSIGNADOS EN ESTE FORMULARIO CONSTAN EN DOCUMENTOS TENIDOS A LA VISTA.

SELLO / FIRMA
INSTITUCION COMPETENTE

--	--	--	--	--	--

FECHA

SELLO / FIRMA
ORGANISMO ENLACE

--	--	--	--	--	--

FECHA