



SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN PARA ACREDITACIÓN DE CONOCIMIENTOS
POSTULANTES A ASESORES FINANCIEROS PREVISIONALES

Fecha	/	/
-------	---	---

Nombres _____ **Apellidos** _____

RUN: _____

Email: _____

Confirmar Email: _____

Teléfono Fijo: _____ **Teléfono Móvil:** _____

Domicilio: _____ **Comuna:** _____

Ciudad: _____ **Región:** _____

¿Posee alguna discapacidad? _____

En cumplimiento a lo dispuesto en la letra d) del artículo N° 174 del título XVII del D.L. 3.500, de 1980, solicita inscribirse en la evaluación para acreditar los conocimientos sobre materias previsionales y de seguros.

Asimismo, suscribo que estoy en conocimiento de los requisitos e inhabilidades definidos por la normativa, respecto de la actividad de asesoría previsional financiera.

De esta manera, una vez aprobada la acreditación de conocimientos, Ud. podrá continuar en el proceso para la inscripción en el Registro de Asesores Financieros Previsionales, para lo cual deberá proporcionar la información establecida en la NCG N° 290 de la Superintendencia de Pensiones y la NCG N° 459 de la Comisión del Mercado Financiero.