



MANDATO PARA TRÁMITE DE PENSIÓN DE

Con fecha 09 de Octubre de 2018 y por medio del siguiente instrumento, yo , RUT -, de nacionalidad , de sexo , nacido el , estado civil , de profesión u oficio , domiciliado en , comuna de , ciudad de , teléfono , e incorporado a la Institución de Salud , confiero poder a Don , RUT -, domiciliado en , comuna de , ciudad de , teléfono , para que en mi nombre suscriba en AFP , una solicitud de Pensión de .

Asimismo, expongo que a la fecha, los datos de mi empleador son los siguientes:

Nombre :
RUT :
Dirección :
Teléfono :

Para efectos de la suscripción de la pensión antes mencionada, declaro conocer que tienen la calidad de beneficiarios de pensión de sobrevivencia: el cónyuge, los hijos, la madre o padre de hijos de filiación no matrimonial y, a falta de todos los anteriores, los padres. En consecuencia, declaro que no tengo beneficiarios de pensión de sobrevivencia.

Por otra parte, señalo los siguientes antecedentes que el mandatario deberá considerar para suscribir en mi nombre solicitud de pensión de .

	Si	No
Deseo pensión preliminar		X
Solicito aporte previsional solidario (APS)		X
Recibo pensión antiguo sistema		X
Recibo pensión invalidez de este Sistema		X
Deseo que mi pensión se ajuste a la pensión mínima, si resulta inferior a ella		X
Deseo que mi pensión se ajuste a la pensión básica solidaria, si resulta inferior a ella		X
Estoy 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, respecto de los cuales la obtención de pensión implica la cesación en el cargo.		X
Destinaré Ahorro Previsional Voluntario al financiamiento de mi pensión.		X
Destinaré Ahorro Previsional Voluntario Colectivo al financiamiento de mi pensión.		X



	Si	No
Traspasaré fondos desde mi Cuenta de Ahorro Voluntario para el financiamiento de mi pensión		X
Poseo depósitos convenidos		X
Traspasaré fondos desde mi Cuenta Individual de Cesantía		X
Tengo cotizaciones en otro país		X
Tengo períodos de residencia en otro país		X
Deseo cambiar de Tipo de Fondo		X
Deseo que mis datos personales (nombre, Rut, dirección, saldo cuenta capitalización individual, bono de reconocimiento) y los datos de mis beneficiarios de pensión, aparezcan en un LISTADO PÚBLICO DE INFORMACIÓN .		X

Me encuentro en la siguiente situación	Si	No
Trabajador dependiente		X
Desempleado por un período no mayor a doce meses		X
Trabajador independiente		X
Afiliado voluntario		X

Asimismo, autorizo al mandatario para:

		Si	No
1.	Suscribir solicitud de Calificación de Invalidez (El mandatario deberá indicar los datos necesarios para suscribir la ficha de datos personales para solicitud de calificación de invalidez)		X
2.	Completar y suscribir el listado de antecedentes médicos aportados para tramitar la solicitud de calificación de invalidez (el mandato deberá especificar los antecedentes médicos aportados)		X
3.	Suscribir solicitud de Bono de Reconocimiento		X
4.	Solicitar información respecto del estado del trámite de pensión		X
5.	Retirar en la AFP el Certificado de Saldo		X
6.	Suscribir formulario "Destino de Cotizaciones Voluntarias"		X
7.	Suscribir formulario "Transferencia de Fondos desde la Cuenta de Ahorro Voluntario"		X
8.	Suscribir formulario "Selección de Alternativas de Ahorro Previsional Voluntario"		X



9.	Suscribir solicitud de cambio de modalidad de pensión		X
10.	Suscribir solicitud de cálculo de excedente de libre disposición		X

Otorgo el presente mandato para los únicos fines antes señalados y se entiende revocado por otro de fecha posterior o por término de la gestión encomendada.

Finalmente, declaro conocer que el trámite de pensión es gratuito, sin perjuicio de que puedo contratar voluntariamente una asesoría previsional para dicho trámite.

RUT: -

RUT:-