



CIRCULAR N°

1688

VISTOS: Las facultades que confiere la Ley a esta Superintendencia, se imparten las siguientes instrucciones de cumplimiento obligatorio para todas las Administradoras de Fondos de Pensiones.

REF. : OTORGAMIENTO DE LOS BENEFICIOS PREVISIONALES.
MODIFICA CIRCULAR N° 1535.

1. Reemplázase la última oración del segundo párrafo de la letra b) del punto 2., del Capítulo III, por la siguiente:

“Si el afiliado tiene documento Bono de Reconocimiento deberá verificar el cumplimiento del requisito tanto en la modalidad de retiro programado con transacción del documento, como sin ceder ni transar dicho instrumento, para ambos casos deberá considerar una tasa de retiro programado calculada como el promedio simple de las tasas del vector de retiro programado más 0,5% (medio punto).”.

2. Agrégase al final de la letra h) del número 2., del Capítulo IV, a continuación del punto aparte que pasa a ser punto seguido, lo siguiente:

“Enviar conjuntamente con dicha información el formulario “Información Complementaria a la Solicitud de Pensión de Invalidez”, contenido en el Anexo I de la presente Circular.”.

3. Agrégase al final del último párrafo de la letra d) del numeral 1.2, del Capítulo V, a continuación del punto aparte que pasa a ser punto seguido, lo siguiente:

“Enviar conjuntamente con dicha información el formulario “Información Complementaria a la Solicitud de Pensión de Sobrevivencia”, contenido en el Anexo II de la presente Circular.”.

4. Introdúcense las siguientes modificaciones al Anexo I: Formularios:

- a) Reemplácese el formulario **SOLICITUD DE PENSIÓN DE INVALIDEZ** por los que se adjuntan en el Anexo I de la presente Circular.

- b) Reemplácese el formulario **SOLICITUD DE PENSIÓN DE SOBREVIVENCIA** por los que se adjuntan en el Anexo II de la presente Circular.

5. Introdúcense las siguientes modificaciones al Anexo VI: Cálculo del Ingreso Base:

- a) Sustitúyese en el primer párrafo del número 3., la expresión “*con un límite máximo imponible mensual de 60 U.F.*”, por: “*con el límite máximo imponible mensual establecido en el artículo 16 del citado decreto ley*”.

- b) Modifíquese el numeral 4.4 de acuerdo a lo siguiente:

- i. Sustitúyese en el párrafo sexto, la frase: “*un límite máximo imponible de 60 Unidades de Fomento, al valor del último día del mes*”, por la siguiente: “*el límite máximo imponible mensual establecido en el artículo 16 del D.L. N° 3.500, de 1980, considerando el valor de la Unidad de Fomento del último día del mes*”.

- ii. Reemplázase en el párrafo final la expresión “de 60 U.F”, por “vigente”.

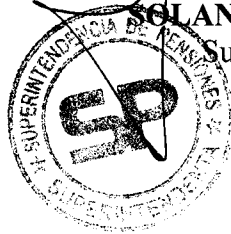
6. Reemplázase el texto de la primera oración de la definición de *SCCICO* en el punto 1.1 del Anexo VII, por la siguiente oración *"Saldo acumulado en la cuenta de capitalización individual, por concepto de cotizaciones obligatorias, correspondientes a remuneraciones devengadas con anterioridad a la fecha en que quede ejecutoriado el dictamen que declara definitiva la invalidez."*

7. **VIGENCIA**

La presente Circular entrará en vigencia a contar de esta fecha, con excepción de las modificaciones establecidas en los números 2. al 4. las que entrarán en vigencia el primer día del mes subsiguiente al de su publicación.

Santiago,

03 MAR 2010



SOLANGE M. BERSTEIN JAUREGUI
Superintendente de Pensiones

ANEXO I

SOLICITUD DE PENSIÓN DE INVALIDEZ

Fecha

ANTECEDENTES AFILIADO

Apellidos paterno y materno

Nombres

RUT

Estado Civil

Sexo

F

M

Fecha de nacimiento

Profesión o actividad

Dirección Afiliado (Calle, N°, Depto., Población o Villa, Comuna, Ciudad)

Teléfono

Institución de Salud

Nombre y dirección Empleador (Calle, N°, Depto., Población o Villa, Comuna, Ciudad)

RUT Empleador

Fono Empleador

CAUSAL DE LA INVALIDEZ

De acuerdo a la información que Ud. posee, la invalidez fue ocasionada por: (*)

- Enfermedad común o accidente común
- Enfermedad producida por su trabajo
- Accidente laboral o de trayecto
- No sabe

Constancia/denuncia (N°, fecha, unidad policial)

(*) Si la causal de invalidez es de origen laboral, puede dar derecho a beneficios de la Ley N° 16.744, infórmese. La información proporcionada por el solicitante respecto de la causa del siniestro es meramente referencial y su verificación corresponde efectuarla a las Comisiones Regionales de Invalidez o a la Comisión Médica Central, no pudiendo ser utilizada a favor o en contra del afiliado en procedimientos administrativos o procesos judiciales.

OTROS ANTECEDENTES

	Si	No
Desea Pensión Preliminar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Solicita APS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Recibe Pensión Antiguo Sistema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Desea que su pensión se ajuste a la pensión mínima si fuera necesario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Desea que su pensión se ajuste a la pensión básica solidaria si resulta inferior a ella	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Afecto al Estatuto Administrativo Ley 18.834 o Leyes 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 cesación en el cargo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Destinará Cotizaciones Voluntarias al financiamiento de su pensión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Destinará Depósitos de Ahorro Previsional Voluntario al financiamiento de su pensión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Traspasará Fondos desde su Cuenta de Ahorro Voluntario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Traspasará Fondos de Ahorro Previsional Voluntario Colectivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tiene Depósitos Convenidos en otra AFP y/o Institución Autorizada	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>
	Donde <input style="width: 100px;" type="text"/>	
Tiene Cotizaciones en otro país	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>
	País <input style="width: 100px;" type="text"/>	
Tiene Periodos de Residencia en otro país	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>
	País <input style="width: 100px;" type="text"/>	
Desea cambiar de Tipo de Fondo su ahorro obligatorio	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>
	Fondos seleccionados: Fondo <input style="width: 50px;" type="text"/> %	
	Fondo <input style="width: 50px;" type="text"/> %	
En cual de las siguientes situaciones se encuentra el afiliado:		
- Trabajador dependiente	<input type="checkbox"/>	
- Desempleado por un período no mayor a doce meses	<input type="checkbox"/>	
- Trabajador Independiente	<input type="checkbox"/>	
- Afiliado voluntario	<input type="checkbox"/>	

Desea que sus datos personales (nombre, Rut, dirección, saldo cuenta capitalización individual, bono de reconocimiento) y los de sus beneficiarios de pensión, aparezcan en un LISTADO PÚBLICO DE INFORMACIÓN. Si No

Firma Afiliado

REVERSO SOLICITUD DE PENSIÓN DE INVALIDEZ

DECLARACIÓN DE BENEFICIARIOS

Apellido paterno, materno, nombres	Sexo	RUT	Fecha de Nacimiento	Parentesco	Inválido (Si / No)

OBSERVACIONES

EN CASO QUE DEBA ACREDITARSE UN MATRIMONIO DEBERÁ INDICAR FECHA Y CIRCUNSCRIPCIÓN PARA QUE LA AFP PUEDA SOLICITAR EL CERTIFICADO DE MATRIMONIO AL SERVICIO DE REGISTRO CIVIL E IDENTIFICACIÓN

Autorizo a la AFP a requerir del Servicio de Registro Civil e Identificación cualquier información mía y de mis beneficiarios, necesaria para acreditar el derecho al beneficio. Además, declaro no saber de la existencia de algún otro beneficiario y haber tomado conocimiento que el ocultamiento de cualquier información al respecto se encuentra sancionada de acuerdo a lo dispuesto en el artículo 13 del D.L. N° 3.500, de 1980.

Firma del Afiliado

Timbre y Firma funcionario responsable AFP

INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA A LA SOLICITUD DE PENSIÓN DE INVALIDEZ

(A llenar por la Administradora)

Información de últimos períodos cotizados:

Período Cotizado (Últimas 36 cotizaciones)	RUT Empleador o entidad pagadora
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	
7.	
8.	
9.	
10.	
11.	
12.	
13.	
14.	
15.	
16.	
17.	
18.	
19.	
20.	
21.	
22.	
23.	
24.	
25.	
26.	
27.	
28.	
29.	
30.	
31.	
32.	
33.	
34.	
35.	
36.	

Presentó solicitud de invalidez anteriormente:

Si Fecha de presentación ____ / ____ / ____
No

ANEXO II

SOLICITUD DE PENSION DE SOBREVIVENCIA

Fecha

ANTECEDENTES AFILIADO CAUSANTE

Apellidos paterno y materno

Nombres

RUT

Estado Civil

Sexo: F M

Fecha Fallecimiento

De acuerdo a la información que Ud. posee, el siniestro fue ocasionado por : (*)

- Enfermedad No Si, especifique: No Sabe

- Accidente del trabajo o de trayecto No Si, especifique: No Sabe

Constancia/denuncia (Nº, fecha, unidad policial) :

(*) Si la causal del fallecimiento es de origen laboral, puede dar derecho a beneficios de la Ley N° 16.744, infórmese. La información proporcionada por el solicitante respecto de la causa del siniestro es meramente referencial, no pudiendo ser utilizada a favor o en contra de éste en procedimientos administrativos o procesos judiciales.

Profesión, actividad u oficio del afiliado al momento del fallecimiento:

En cual de las siguientes situaciones se encontraba el afiliado:

- Trabajador dependiente que se encontraba prestando servicios

- Desempleado por un periodo no mayor a doce meses

- Trabajador Independiente

- Afiliado voluntario

El afiliado tenía:

- Depósitos de Ahorro Previsional Voluntario en alguna Institución Autorizada No Si Donde

- Depósitos Convenidos en otra AFP y/o Institución Autorizada No Si Donde

- Ahorro previsional voluntario colectivo en otra AFP y/o Institución Autorizada No Si Donde

- Cotizaciones en otro país No Si País

- Períodos de residencia en otro país No Si País

PAGO PRELIMINAR

Desea Pensión Preliminar Si No

AJUSTES DE PENSIÓN

Desea que su pensión se ajuste a la pensión mínima si fuera necesario No Si

Desea que su pensión se ajuste a la pensión básica solidaria si resulta inferior a ella No Si

TIPO DE FONDO DE PENSIONES

Desea cambiar de Tipo de Fondo No Si Fondos seleccionados Fondo % Fondo %

ANTECEDENTES BENEFICIARIOS DE PENSIÓN

CÓNYUGE

Apellidos paterno y materno

Nombres

Fecha Nacimiento

Sexo F M

RUT

Fecha Matrimonio

Lugar de Inscripción

Dirección y Teléfono

FIRMA BENEFICIARIO

REVERSO SOLICITUD DE PENSIÓN DE SOBREVIVENCIA

HIJO	
<input type="text"/>	
Apellidos paterno y materno	Nombres
Fecha Nacimiento <input type="text"/>	Sexo F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
RUT <input type="text"/>	
<input type="text"/>	
Dirección y Teléfono	
_____ FIRMA BENEFICIARIO	
OTRO TIPO BENEFICIARIO ...	
<input type="text"/>	
Apellidos paterno y materno	Nombres
Fecha Nacimiento <input type="text"/>	Sexo F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
Relación de Parentesco <input type="text"/>	RUT <input type="text"/>
<input type="text"/>	
Dirección y Teléfono	
Observaciones	<input type="text"/>
_____ FIRMA BENEFICIARIO	
EN CASO DE SOLICITARSE A TRAVES DE UN MANDATARIO O BENEFICIARIO REPRESENTANTE	
IDENTIFICACIÓN MANDATARIO O REPRESENTANTE	
<input type="text"/>	
Apellido Paterno y Materno	Nombres
Relación de parentesco con el afiliado <input type="text"/>	RUT <input type="text"/>
<input type="text"/>	
Dirección y Teléfono	
_____ FIRMA MANDATARIO O REPRESENTANTE	

Los arriba firmantes no / si autorizamos a AFP..... a emitir los datos personales de cada uno de los beneficiarios, nombre, Rut, dirección, como asimismo la información del saldo de la cuenta individual, en un LISTADO PÚBLICO DE INFORMACIÓN.

Por otra parte, autorizamos requerir del Servicio de Registro Civil e Identificación cualquier información del afiliado causante y de sus beneficiarios, necesaria para acreditar el derecho al beneficio. Además, declaramos no saber de la existencia de algún otro beneficiario de pensión y de haber tomado conocimiento que el ocultamiento de cualquier información al respecto se encuentra sancionada de acuerdo a lo dispuesto en el artículo 13 del D.L. N° 3.500, de 1980.

INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA A LA SOLICITUD DE PENSIÓN DE SOBREVIVENCIA

(A llenar por la Administradora)

Información de últimos períodos cotizados:

Mes de remuneración (Últimas 36 cotizaciones)	RUT Empleador
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	
7.	
8.	
9.	
10.	
11.	
12.	
13.	
14.	
15.	
16.	
17.	
18.	
19.	
20.	
21.	
22.	
23.	
24.	
25.	
26.	
27.	
28.	
29.	
30.	
31.	
32.	
33.	
34.	
35.	
36.	