

**Superintendencia de Administradoras
de Fondos de Pensiones**

CIRCULAR N° 356

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. : NORMAS QUE REGULAN EL OTORGAMIENTO DE LAS PENSIONES
GENERADAS POR LOS AFILIADOS EN EDAD ACTIVA. SUSTITUYE ANEXO
N° 1 CIRCULAR N° 168.

- 1.- Sustitúyese el Anexo N° 1 de la Circular N° 168 por el que se adjunta.

JUAN ARIZTIA MATTE
Superintendente de A.F.P.

SANTIAGO, diciembre 26 de 1985

**Superintendencia de Administradoras
de Fondos de Pensiones**

ANEXO N°

1

SOLICITUD DE PENSION DE INVALIDEZ

FECHA

--	--	--

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES
R.U.T.	CED. IDENTIDAD N°	GABINETE

DOMICILIO-CALLE	N°	DEPTO.	COMUNA	CIUDAD
-----------------	----	--------	--------	--------

PROFESION O ACTIVIDAD	FECHA NACIMIENTO	FONO
EMPLEADOR	DIRECCION CALLE N°	FONO
INSTITUCION DE SALUD (FONASA O NOMBRE DE LA ISAPRE)		

De acuerdo a lo dispuesto en el Art. 27° del D.S. N° 50 de 1981 del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, con esta fecha solicito a A.F.P. _____ S.A. para que en mi nombre y representación, requiera la calificación de invalidez a la Comisión Médica correspondiente.

Reconozco que es incompatible percibir, por el mismo período, subsidio por incapacidad laboral y pensión de invalidez.

En caso de decretarse la invalidez, autorizo a la Administradora para efectuar los descuentos requeridos de mi cuenta individual, y de la pensión a que tenga derecho, para reintegrar a la entidad pagadora del subsidio, tanto el monto líquido nominal percibido a contar de la fecha de declaración de invalidez, como los respectivos aportes previsionales que hubieran sido enterados en la A.F.P.

**Superintendencia de Administradoras
de Fondos de Pensiones**

INTERESADO

FIRMA

DEL

FIRMA Y TIMBRE DE RECEPCION
ADMINISTRADORA