

**Superintendencia de Administradoras  
de Fondos de Pensiones**

**CIRCULAR N° 548**

**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 PARA EL OTORGAMIENTO DE PENSIONES Y OTROS BENEFICIOS PREVISIONALES. MODIFICA CIRCULAR No. 540.**

1. Reemplázase la REF.: de la Circular No. 540, por la siguiente: "**REF.:NORMAS PARA EL OTORGAMIENTO DE PENSIONES Y OTROS BENEFICIOS PREVISIONALES. DEROGA CIRCULARES No. 447, No. 470 y No. 531.**"
2. Reemplázase el tercer párrafo del número 7, de la letra A, del capítulo I de la Circular No. 540, el guarismo "1980" por el siguiente: "1960".
3. Modifícase en el quinto párrafo, del número 4 de la letra B, del capítulo I de la Circular No. 540, la expresión: "dentro del plazo de 7 días hábiles contado desde la fecha de recepción de la nómina" por la siguiente: "dentro del plazo de 20 días hábiles contado desde la fecha de recepción de la nómina".
4. Agrégase el siguiente párrafo al final del número 2., del capítulo II de la Circular No. 540:

Asimismo, la Administradora deberá requerir del afiliado una declaración jurada simple en la que señale si ha solicitado pensión de invalidez con anterioridad, en la cual deberá indicar la fecha de cada una de las solicitudes presentadas y la Comisión Médica Regional a la cual correspondió su calificación de invalidez. En caso que el afiliado no hubiere solicitado con anterioridad pensión de invalidez, deberá señalarlo en la declaración.
5. Reemplázase el quinto párrafo del número 4., del capítulo II de la Circular No. 540, por el siguiente:

Junto al formulario "Solicitud d Calificación de Invalidez, se deberá adjuntar la copia del formulario "Solicitud de pensión de Invalidez" del afiliado y la declaración jurada simple señalada en el número 2. anterior.
6. Reemplázase el número 6, del capítulo XI de la Circular No. 540, por el siguiente:

"6. Deróganse las Circulares No. 447, No. 470 y No. 531."
7. Sustituyese el Anexo No. 8, SOLICITUD DE CALIFICACION DE INVALIDEZ DE TRABAJADOR AFILIADO, de la Circular No. 540, por el que se adjunta.
8. Con el fin de mantener actualizada la Circular No. 540, se adjuntan las hojas de reemplazo correspondientes.

**Superintendencia de Administradoras  
de Fondos de Pensiones**

JUAN ARIZTIA MATTE  
Superintendente

SANTIAGO, octubre 10 de 1988.

*Capítulo I*

6

afiliado.

7. *Fecha a partir de la cual se devenga la pensión de vejez*

La fecha a partir de la cual se devengará la pensión de vejez, será el día de cumplimiento por parte de l afiliado de la edad legal para pensionarse por vejez y siempre que el afiliado hubiere suscrito el formulario "Solicitud Pensión Vejez".

En caso que el afiliado solicitare el beneficio después del cumplimiento de la edad legal requerida, la pensión de vejez se devengará a contar de la fecha de recepción por parte de la Administradora del formulario "Solicitud Pensión Vejez".

Sin embargo, tratándose de pensiones de vejez de afiliados acogidos a pensión de invalidez total o parcial de la Ley No. 16.744, del D.F.L. No. 338, de 1960, o de cualquier otro cuerpo legal que contemple la protección contra riesgos de accidentes del trabajo o enfermedades profesionales, las pensiones de vejez se devengan desde el día en que el afiliado cumpla las edades establecidas en el artículo 3ro. del D.L. 3.500, a menos que el afiliado manifieste su voluntad de percibirla posteriormente.

8. *Comunicación que debe efectuar la Administradora a los afiliados que cumplirán la edad legal para pensionarse por vejez*

Sin perjuicio de lo señalado, la Administradora con una anticipación de a lo menos *tres meses* en que sus afiliados cumplan las edades prescritas para pensionarse por vejez, deberán enviar a éstos, mediante correo certificado, la siguiente documentación:

8.1. *Carta informativa*, donde se indique lo siguiente:

- a. Que, de acuerdo con la información que obra en poder de la Administradora, el afiliado se encuentra próximo a cumplir los requisitos para pensionarse por vejez.
- b. Que, en atención a lo anterior, si el afiliado *deseare* dar comienzo a los trámites tendientes a la obtención de su pensión de vejez, deberá presentar en la Administradora el formulario de Solicitud Pensión Vejez y los certificados de nacimiento de él y sus potenciales beneficiarios de pensión de sobrevivencia y el certificado de matrimonio, cuando corresponda. Esta prestación podrá efectuarla a través de correo o personalmente.
- c. Que, sólo luego de recibido el formulario correctamente llenado y los

certificados señalados en la letra b. anterior se dará curso al trámite de pensión de vejez.

- d. La existencia de tres modalidades optativas a través de las cuales puede hacer efectiva su pensión de vejez: Renta Vitalicia Inmediata; Renta Temporal con Renta Vitalicia Diferida y Retiro Programado, las que, son explicadas detalladamente en el folleto que se adjunta.
- e. Que, en la solicitud de pensión debe declarar la totalidad de sus beneficiarios de acuerdo a lo señalado en el artículo 5to., del D.L. 3.500, de 1980 información que tendrá carácter confidencial. Asimismo, se indicará al afiliado respecto de los perjuicios que puede ocasionarle el no declarar a todos los beneficiarios (recálculo pensiones).

- R.U.T. del afiliado.
- Número del Documento Bono de Reconocimiento.

La Administradora conservará en su poder la segunda copia de esta nómina, en la cual la institución de previsión estampará un timbre certificando su recepción; el original y la primera copia quedará en poder de la institución de previsión correspondiente.

La institución de previsión requerida deberá devolver a la Administradora, dentro del plazo de 20 días hábiles contado desde la fecha de recepción de la nómina, una de las copias de esta, timbrada y formada por su representante legal, en la que se habrá registrado, para cada afiliado la palabra "VISADO" o "EN CORRECCION", según si los valores consignados en los documentos Bonos de Reconocimiento fueron confirmados por la respectiva institución de previsión, o según si éstos requieren ser corregidos.

Junto a la nómina, señalada en el párrafo anterior, las instituciones de previsión devolverán los documentos Bonos de Reconocimiento revisados, respecto de los cuales la nómina indica que los valores consignados en dichos documentos fueron visados por esa entidad, con un timbre que así los señale.

Para constituir el saldo efectivo de la cuenta de capitalización individual, la Administradora deberá ceñirse a las normas impartidas en las letras A., D. y E. del capítulo IV de esta Circular.

6. *Entrega de información al afiliado.*

Dentro de los 7 días hábiles siguientes de emitida la cartola decenal señalada en el capítulo IV y de determinada la renta mínima requerida para pensionarse anticipadamente., la Administradora deberá poner a disposición del afiliado la información señalada en el punto I.A.5 anterior y el folleto explicativo señalado en el punto A.8.3. anterior. En el certificado de saldo y estimación renta temporal por unidad de saldo, el valor del Bono de Reconocimiento corresponderá al informado en el Documento Bono, actualizado al último día del mes anterior a la fecha de recepción de la solicitud de pensión de vejez anticipada. Asimismo, en este certificado deberá consignarse la renta mínima requerida para pensionarse anticipadamente. Esto es, la cantidad mayor entre el 50% del promedio señalado en el número 3 anterior y el 110% de la pensión mínima de vejez garantizada por el Estado, vigente a la fecha en que se recibió la Solicitud de Pensión de Vejez Anticipada.

7. *Selección de la modalidad al afiliado.*

El afiliado deberá manifestar expresamente su opción entre alguna de las modalidades señaladas en el capítulo V de esta Circular, que le permitan pensionarse anticipadamente.

*PENSION DE INVALIDEZ*

1. *REQUISITOS*

El artículo 4to. del D.L. 3.500, de 1980, establece el derecho a pensión de invalidez a los afiliados que, sin cumplir los requisitos para obtener pensión de vejez, y a consecuencia de enfermedad o debilitamiento de sus fuerzas físicas o intelectuales, pierdan a lo menos, dos tercios de su capacidad de trabajo.

2. *SOLICITUD DE PENSION DE INVALIDEZ*

Para solicitar la calificación de invalidez ante la Comisión Médica Regional que corresponda los afiliado deberán suscribir el formulario "Solicitud pensión Invalidez", señalado en el Anexo No. 1. de la presente Circular, adjuntando una fotografía a color reciente, que contenga el nombre y número de cédula nacional de identidad del afiliado.

La exigencia de la fotografía será obligatoria y la Administradora no podrá acoger a trámite una solicitud de pensión de invalidez a la cual no se le haya adjuntado la fotografía.

El formulario "Solicitud Pensión Invalidez" deberá ser confeccionado por la Administradora en original y dos copias, contendrá, al menos, lo señalado en el Anexo No. 1. y deberá estar disponible en cada oficina de atención del público.

El original debidamente llenado y firmado por el afiliado será ingresado en la carpeta individual del afiliado, una copia se enviará a la Comisión Médica regional y la copia restante quedará en poder del afiliado; tanto el original como las copias deberán llevar la fecha de recepción por la Administradora, debidamente respaldada con el timbre y firma de un funcionario responsable.

No procederá la exigencia de este formulario en aquellos casos en que la petición del trámite la inicie directamente la ISAPRE respectiva, en virtud de lo establecido en la Circular No.159 de esta Superintendencia.

Conjuntamente con la suscripción de la Solicitud de Pensión de Invalidez, la Administradora deberá requerir al afiliado la información necesaria para llenar el formulario "Ficha de Datos personales para Solicitud de Calificación de Invalidez" que está contenido en el reverso del anexo No. 8 de esta Circular. La información relativa a empleadores deberá ser ratificada por la Administradora. En caso de existir discrepancias con lo informado por el afiliado, la Administradora deberá notificarlo a la Comisión Médica Regional, mediante carta adjunta a la solicitud de Calificación de Invalidez. Lo mismo deberá hacerse cuando existan discrepancias entre la dirección informada por el interesado y la registrada en la Administradora.

Asimismo, la Administradora deberá requerir del afiliado una declaración jurada simple en la que se señale si ha solicitado pensión de invalidez con anterioridad, en la cual deberá indicar la fecha de cada una de las solicitudes presentadas y la Comisión Médica Regional a la cual correspondió su calificación de invalidez. En caso que el afiliado no hubiere solicitado con anterioridad pensión de invalidez, deberá así señalarlo en la declaración.

3. *VERIFICACION DE LA AFILIACION DEL SOLICITANTE DE PENSION DE INVALIDEZ Y RECUPERACION DE REZAGOS*

Para este efecto, la Administradora deberá ceñirse a lo dispuesto en el punto A.3. del capítulo I de esta Circular. No obstante, si se detectare múltiple-afiliación, la A.F.P. receptora de la solicitud deberá continuar con la tramitación de calificación de invalidez, sin perjuicio de que la A.F.P. de Término será la responsable del otorgamiento de beneficio.

4. *SOLICITUD DE CALIFICACION DE INVALIDEZ A LA COMISION MEDICA REGIONAL POR LA A.F.P.*

La Administradora deberá requerir la calificación de invalidez del afiliado, dentro del quinto día de recibida la solicitud de pensión de invalidez, a la Comisión Médica de la Superintendencia, de la región correspondiente al lugar de trabajo del afiliado.

En el caso de afiliados independientes o desempleados, acogidos por subsidio por incapacidad laboral o reposo preventivo así como aquellos que se encuentren residiendo en una región por designación del empleador, la invalidez deberá ser calificada por la Comisión Médica correspondiente al domicilio del afiliado.

La Solicitud de Calificación de Invalidez deberá realizarla la Administradora, enviando al Presidente de la Comisión Médica Regional que corresponda, el formulario "Solicitud de Calificación de Invalidez", cuyo formato deberá ajustarse estrictamente al que se adjunta en el anexo No. 8 de la presente Circular. En la parte superior de este formulario deberá pegarse la fotografía proporcionada por el afiliado.

Los formularios "Solicitud de Calificación de Invalidez" deberán ser enumerados correlativamente de acuerdo a la fecha de envío, dentro del año calendario y de la siguiente manera:

- Cuatro primeros dígitos con el código de la Administradora.
- Cuatro dígitos siguientes para número correlativo de solicitudes, por Región.
- Tres dígitos para la región. Corresponderá a cada Comisión Médica Regional el siguiente código:

COMISION MEDICA	I REGION	IQUIQUE	001
COMISION MEDICA	II REGION	ANTOFAGASTA	002
COMISION MEDICA	III REGION	COPIAPO	003
COMISION MEDICA	IV REGION	COQUIMBO	004
COMISION MEDICA	V REGION	VALPARAISO	005
COMISION MEDICA	VI REGION	RANCAGUA	006
COMISION MEDICA	VII REGION	TALCA	007
COMISION MEDICA	VIII REGION	CONCEPCION	008
COMISION MEDICA	IX REGION	TEMUCO	009
COMISION MEDICA	No. 1 X REGION	VALDIVIA	110
COMISION MEDICA	No. 2 X REGION	PUERTO	210
COMISION MEDICA	XI REGION	MONTT	011
COMISION MEDICA	XII REGION	COYHAIQUE	012
COMISION MEDICA	No. 1 REGION	PUNTA	113
COMISION MEDICA	METROPOLITANA	ARENAS	213

COMISION MEDICA

No. 2 REGION SANTIAGO  
METROPOLITANA SANTIAGO  
No. 3 REGION SANTIAGO  
METROPOLITANA

313

- Dos dígitos para el año.

Junto al formulario "Solicitud de calificación de Invalidez" se deberá adjuntar la copia del formulario "Solicitud de Pensión de Invalidez" del afiliado y la declaración jurada simple señalada en el número 2. anterior.

Cualquier otro antecedente en poder del afiliado deberá ser entregado personalmente por éste, a la Comisión Médica Regional correspondiente.

La Administradora deberá enviar al afiliado una copia del formulario "Solicitud de Calificación de Invalidez", a más tardar en un plazo de 10 días de remitido a la Comisión Médica Regional, e ingresar una segunda copia de éste en la carpeta individual.

#### 5. *RESPUESTA DE LA COMISION MEDICA REGIONAL*

El dictamen a que llegue la Comisión Médica Regional respecto de la Solicitud de Invalidez presentada por la Administradora en favor de un afiliado, se producirá dentro de los sesenta días contados desde el día siguiente en que el afiliado concurre por primera vez ante la Comisión para ser examinado, a menos que dicho plazo sea suspendido.

La Administradora podrá ser notificada en el formulario CM-05, que se adjunta en el anexo No. 9, de los siguientes tipos de dictamen por parte de la Comisión Médica Regional, respecto de la Calificación de Invalidez del afiliado:

##### 5.1. *Suspensión temporal o ampliación del plazo del trámite de invalidez*

La Comisión Médica podrá suspender de 60 días para dictaminar, en los casos que se señala a continuación:

- Haberse efectuado consultas al Servicio de Salud o la Mutual que corresponda sobre la causa de la incapacidad del afiliado en relación con la Ley No. 16.744, el D.F.L. No. 338 o cualquier otro cuerpo legal que contemple la protección contra riesgos de accidentes del trabajo o enfermedades profesionales.
- Encontrarse pendiente atenciones médicas requeridas dentro del plazo, pero postergadas por razones administrativas en los servicios médicos a los que debe recurrir el trabajador.
- Existir razones clínicas que precisan la postergación de los exámenes que deban practicarse al afiliado.

La suspensión del plazo de dictamen será comunicada a la Administradora en el formulario CM-07 adjunto en el anexo No. 10. Dicha suspensión no podrá exceder de 60 días.

En este caso, la Administradora deberá esperar el resultado del trámite, archivando la comunicación de la Comisión Médica Regional en la carpeta



individual del afiliado. Una vez recibido el dictamen deberá ceñirse al procedimiento que corresponda, según lo señalado en los puntos 5.2 o 5.3 siguientes.

5.2. *Dictamen que rechaza la invalidez del afiliado.*

El procedimiento a seguir dependerá de la causal de rechazo de la solicitud de pensión de invalidez, el que se define en el número 7 siguiente.

5.3. *Dictamen que aprueba la invalidez del afiliado*

*Capítulo XI*

2

1. Fundamentándose en lo dispuesto en el artículo 1ro. transitorio de la Ley 18.646, de 1987, no se considerarán cotizantes los afiliados que se encuentren desempleados o cuyos servicios se encuentren suspendidos al 31 de enero de 1988 y que no se hubieren acogido a lo dispuesto en el artículo 20 vigente antes de la modificación que le introdujo dicho artículo.
2. Los afiliados que dejen de prestar servicios o cuyos servicios queden suspendidos entre el 1ro. y el 31 de enero de 1988, con el objeto de permanecer afectos al seguro establecido en el artículo 59 del D.L. 3.500, podrán acogerse a lo dispuesto en el artículo 20 vigente antes de la modificación legal ya citada pagando la cotización adicional que para estos efectos fije la Administradora durante los doce meses siguientes a la fecha en que cesaron o fueron suspendidos sus servicios. Las pensiones generadas por tales afiliados se regirán por las disposiciones de la Circular No. 480.
3. De acuerdo a lo dispuesto en el primer inciso del artículo 1ro. transitorio de la Ley No. 18.646, los trabajadores que estuvieren acogidos al artículo 20 del D.L. 3.500, de 1980, al 1ro. de enero de 1988, podrán continuar enterando la cotización a que se refiere el citado artículo 20, por el tiempo que les faltare para enterar un año. En este caso, las pensiones generadas por tales trabajadores durante el período en que se encontraren acogidos a este beneficio se regirán por las disposiciones existentes con anterioridad a la vigencia de la Ley No. 18.646, de 1987.

Para el financiamiento de estas pensiones, las Administradoras podrán contemplar en el contrato de seguro celebrado de conformidad al artículo 59, una cobertura adicional para dichos afiliados o, siniestrado uno de estos afiliados, la Administradora deberá contratar un seguro que respalde la totalidad de las pensiones causadas por dicho afiliado, utilizando el saldo de la cuenta de capitalización individual para su financiamiento y fondos propios de la Administradora, si el saldo referido fuese insuficiente.

4. Las modificaciones introducidas a la presente Circular relativas al cálculo del aporte adicional y del retiro programado deberán considerarse para los cálculos y recalculos que se efectúen con posterioridad a la vigencia de esta Circular.

5. Las pensiones de invalidez que se decreten en virtud de una solicitud de pensión suscrita con anterioridad al 1ro. de enero de 1988 y cuya fecha de declaración de invalidez para el efecto de la pensión respectiva sea posterior a dicha fecha, deberán ser concedidas y financiadas de acuerdo a las disposiciones de la Circular No. 480.

Asimismo, las pensiones de invalidez que se decreten en virtud de una solicitud de pensión suscrita con posterioridad al 1ro. de enero de 1988 y cuya fecha de declaración de invalidez para el efecto de la pensión respectiva sea anterior a dicha fecha, deberán ser concedidas y financiadas de acuerdo a las disposiciones de esta Circular.

6. Deróganse las Circulares No. 447, No. 470 y No. 531.
7. La presente Circular entrara en vigencia a contar del 1ro. de octubre de 1988, excepto lo dispuesto en el punto 5.2.d. del capítulo IV de esta Circular que rige a contar del 28 de mayo de 1988.

JUAN ARIZTIA MATTE  
SUPERINTENDENTE DE A.F.P.

SANTIAGO, agosto 11 de 1988.

ANEXO No. 8

No. .....
FECHA .....

(USO COMISION  
MEDICA)

SOLICITUD DE CALIFICACION DE INVALIDEZ  
DE TRABAJADOR AFILIADO

No.

..... de ..... de 19.....

Al  
Señor Presidente  
Comisión Médica  
de la Superintendencia de A.F.P.  
de la Región .....

Sírvase someter a examen por esa Comisión Médica, al trabajador afiliado a esta Administradora de Fondos de Pensiones, cuyos datos se indican a continuación y dictaminar sobre su capacidad de trabajo, para otorgarle el beneficio de Pensión de Invalidez, establecido en el artículo 4to. del D.L. No. 3.500, de 1980.

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
------------------	------------------	---------

R.U.T.	Cédula de Identidad
--------	---------------------

Fecha de Afiliación Nuevo Sistema	Fecha de Incorporación última A.F.P.
-----------------------------------	--------------------------------------

Empleador	Dirección	Ciudad
-----------	-----------	--------

Administ. Fondos de Pensiones	Dirección	Ciudad
-------------------------------	-----------	--------

Compañía Aseguradora Invalidez	Dirección	Ciudad
--------------------------------	-----------	--------

---

FIRMA Y TIMBRE A.F.P.

---

FIRMA, TIMBRE Y FECHA  
RECEPCION COM. MED. REG.

FICHA DE DATOS PERSONALES PARA LA SOLICITUD DE CALIFICACION DE INVALIDEZ

FECHA 

--	--	--

I. EDUCACION (Especificar nivel exacto)

- Analfabeto **9** .....
- Básica o Primaria **9** .....
- Media o Secundaria **9** .....
- Superior **9** .....

II. ANTECEDENTES LABORALES

A. Profesión, oficio y trabajo .....

B. Situación laboral actual

- Trabajando
- Desempleado  desde 

--	--	--
- Acogido a Licencia Médica  desde 

--	--	--

C. Declaración de Empleadores

Nombre Empleador	desde	hasta	Tipo de Trabajo
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....

III. ENTIDAD PAGADORA DE SUBSIDIO (sólo si está acogido a Licencia Médica)

- Servicio de Salud  .....
- Isapre  .....
- Caja de Compensación  .....
- Mutualidad de Empleadores  .....
- Trabajador Sector Público  .....

IV. ACCIDENTE DEL TRABAJO O ENFERMEDAD PROFESIONAL

Institución en la que se encuentra asegurado

Caja de Previsión  .....

Mutual de Empleadores  .....

Ha sufrido algún accidente del trabajo o enfermedad profesional ? si  no

Recibió una indemnización por ese motivo ? si  no

Recibe una pensión por esta causal ? si  no

Fecha del accidente o enfermedad profesional : .....

.....

FIRMA Y TIMBRE DE RECEPCION DE  
LA ADMINISTRADORA

.....

FIRMA DEL AFILIADO