

**Superintendencia de Administradoras
de Fondos de Pensiones**

CIRCULAR N° 571

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, DEROGA CIRCULAR No. 159, 411 Y 548.

1. Sustitúyase el Capítulo segundo de la Circular No. 540 por el siguiente:

"PENSION DE INVALIDEZ

1. **REQUISITOS**

El artículo 4o. 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. **RECEPCION DE SOLICITUDES DE PENSION DE INVALIDEZ O DE CALIFICACION DE INVALIDEZ.**

- 2.1. Solicitud formalizada directamente por el afiliado en oficinas de la Administradora.

- a. Para solicitar su pensión de invalidez ante la Administradora que corresponda, los afiliados deberán identificarse con su cédula nacional de identidad y suscribir personalmente 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 ésta.

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

El original debidamente revisado y firmado por el afiliado, o en su defecto con su huella digital del dedo pulgar derecho o izquierdo, será entregado en forma directa junto al formulario "Solicitud de Calificación de Invalidez de trabajador afiliado" y el resto de los antecedentes que se definen más adelante, a la Comisión Médica Regional. Una copia será ingresada en la carpeta de cuenta individual del afiliado y la copia restante quedará en poder de éste. Tanto el original como las copias deberán llevar la fecha de recepción de la solicitud por la Administradora, debidamente respaldado con el timbre y la firma de un representante responsable.

c. En el momento en que el afiliado suscriba el formulario "Solicitud Pensión Invalidez", la Administradora deberá informar, verbalmente y por escrito, lo siguiente:

c.1. El detalle del trámite completo de calificación de invalidez y sus posibles resultados.

c.2. La circunstancia de que el afiliado debe entregar, en la misma sucursal de la Administradora donde presentó su solicitud de pensión de invalidez, y sin perjuicio de lo que se señala en el número 2.2. siguiente, toda la documentación correspondiente a exámenes e informes médicos que desee aportar a la Comisión Médica, con el objeto de respaldar su solicitud. Esta información deberá entregarla el afiliado en la Administradora dentro del plazo de 15 días corridos, desde la presentación de la "Solicitud Pensión Invalidez".

Los exámenes e informes médicos que entregue el afiliado formarán parte del expediente de calificación de invalidez y no le serán devueltos.

Se debe recomendar al afiliado que no se someta a nuevos exámenes con el solo objeto de presentarlos a la Comisión Médica, debido a que ésta, en caso necesario los solicitará.

La Administradora deberá dejar constancia en el formulario "Listado de Antecedentes Médicos" señalado en el **Anexo No. 11**, de toda la documentación recibida, ordenada cronológicamente. El original, firmado por el afiliado o con su huella dactilar del pulgar derecho y la firma de una persona responsable de la A.F.P., será enviado a la Comisión Médica. Una copia de dicho formulario deberá entregarse al afiliado. Cada documento recibido deberá tener el timbre y la fecha de recepción de la Administradora.

Cabe señalar que la Administradora deberá enviar a más tardar el último día hábil de cada mes, una cinta magnética que contenga la información señalada en cada uno de los formularios "Listado de Antecedentes Médicos" que se hubieren recibido en el mes anterior. La información señalada se comenzará a enviar una vez que la Administradora sea comunicada mediante Oficio respecto de las especificaciones técnicas que debe cumplir la cinta magnética.

**Superintendencia de Administradoras
de Fondos de Pensiones**

Si el afiliado no proporciona dentro del plazo de los 15 días ningún tipo de exámenes e informes médicos válidos para la Comisión, la Administradora deberá dejar constancia de ello en el formulario "Listado de Antecedentes Médicos" que se adjunta en el Anexo

No. 11 señalando "No se presentaron antecedentes médicos", firmado a continuación por un representante de ésta.

- c.3. A los afiliados acogidos a licencia médica, a los empleados públicos y a los afiliados a quienes se le haya rechazado una solicitud por falta de antecedentes en los últimos 6 meses, se les debe informar que en caso de ser acogida su solicitud de pensión de invalidez, pueden optar por una fecha de declaración distinta de aquella en la que han solicitado el beneficio. Esta fecha puede ser la de término de licencia médica; la del día siguiente al de cese de funciones o la fecha de una solicitud anterior rechazada por falta de antecedentes, según corresponda. Lo anterior, con el objeto de que el afiliado se lo haga saber al médico de la Comisión en el momento en que se realice la entrevista preliminar.
- c.4. Se deberá informar al afiliado del sistema de financiamiento en caso que la Comisión Médica Regional requiera de nuevos exámenes.
- d. Conjuntamente con la suscripción de la "Solicitud Pensión Invalidez", la Administradora deberá solicitar al afiliado la información necesaria para llenar el formulario "Ficha de Datos Personales para Solicitud de Calificación de Invalidez", contenido en el reverso del **Anexo No.8** de esta Circular.

2.2. Solicitud formalizada a través de terceros.

- a. La Administradora debe recibir aquellas solicitudes de pensión de invalidez entregadas por terceras personas, distintas del afiliado, cuando estas vengan con la firma o huella digital del pulgar derecho o izquierdo de éste último, y acompañadas de un certificado médico que indique que el estado de salud del afiliado le impide su asistencia a las oficinas de la A.F.P.

La Administradora sólo deberá entregar al tercero requirente el formulario "Solicitud Pensión Invalidez" con el objeto que éste obtenga la firma o huella digital del afiliado, para posteriormente devolverlo a la Administradora.

- b. Tratándose de personas que habiten en localidades rurales, el certificado médico a que se hace referencia en el primer párrafo de la letra a, puede ser reemplazado por un certificado emitido por el auxiliar paramédico dependiente del Servicio de Salud que esté a cargo de la posta rural correspondiente al domicilio del afiliado.

En tales circunstancias, la Administradora deberá enviar un representante al lugar donde se ubique el afiliado, para que dentro del plazo de 15 días corridos desde la fecha de recepción de la solicitud, realice las siguientes funciones:

- Verifique la identidad del afiliado que solicita pensión de invalidez, teniendo a la vista su cédula nacional de identidad.
- Proporcione la información a que se refiere la letra c del número 2.1.

**Superintendencia de Administraciones
de Fondos de Pensiones encuentra el origen de la referencia.**

anterior.

- Complete los antecedentes requeridos en el formulario "Solicitud Pensión Invalidez" y en la ficha "Ficha de datos personales para solicitud de calificación de invalidez".
- Requiera todos los exámenes e informes médicos que el afiliado desee aportar a la Comisión Médica con el objeto de respaldar su solicitud.
- c. El representante de la Administradora que concurra al domicilio del afiliado deberá ir acompañado de un médico cirujano quien, previo un examen al afectado, deberá dejar constancia de su impedimento o, en su caso habilitación para concurrir a la Administradora y a la respectiva Comisión Médica. Este informe será entregado a la Administradora y enviado por esta a la Comisión Médica Regional.
- d. Si el afiliado, que se encuentre en la situación señalada en las letras a y b anteriores, no dispone de una fotografía que reúna las características solicitadas en el número 2.1. anterior, la Administradora deberá dejar constancia de este hecho en una carta, de formato libre, dirigida al Presidente de la Comisión Médica.
- e. También se aplicarán los procedimientos señalados en las letras a, b, c y d anteriores a aquellos afiliados que soliciten por carta o telegrama su pensión de invalidez, cuando la Administradora no cuenta con sucursales para atención de público en el lugar de trabajo o domicilio.

La Administradora deberá cumplir con lo señalado en la letra b anterior, y lo dispuesto en las letras c y d, si procediere, a contar desde la fecha de recepción del telegrama o carta. Esta misma fecha regirá para el formulario "Solicitud Pensión Invalidez".

2.3. Solicitudes de Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES).

En virtud de lo establecido en el inciso 5 del Art. No. 18 del D.F.L. No. 3 de 1981, las Instituciones de Salud Previsional pueden, en casos calificados, solicitar a las Comisiones Médicas de esta Superintendencia, la declaración de invalidez de sus cotizantes afiliados a alguna Administradora de Fondos de Pensiones.

Cuando una Administradora reciba una solicitud de calificación de invalidez por parte de una Isapre, deberá considerar en su tramitación, el siguiente procedimiento.

- a. Las Instituciones de Salud Previsional deberán entregar la solicitud de calificación de invalidez en la Administradora, utilizando el formulario "Solicitud de Calificación de Invalidez - ISAPRE", señalado en el **Anexo No. 8-B**, de la presente Circular.

La Administradora sólo deberá recibir el mencionado formulario si este cumple con las siguientes formalidades:

- a.1. Que venga acompañado con sus respectivas copias y firmado por el

**Superintendencia de Administradoras
de Fondos de Pensiones**

representante legal de la Isapre.

- a.2. Simultáneamente, la Administradora deberá recibir la información de respaldo utilizada por la Isapre para solicitar la calificación de invalidez. Toda información de respaldo debe contener a lo menos un informe sobre licencias médicas. Este informe debe contener el número de licencias médicas otorgadas al afiliado por la Isapre, la extensión de éstas, la patología invocada en cada una de ellas y el nombre del profesional que las extendió. El informe deberá

acompañarse de fotocopias de los documentos originales de licencias médicas en poder de la Isapre.

El original del formulario "Solicitud de Calificación de Invalidez" debidamente firmado por un representante de la Administradora, con fecha y timbre de recepción, se enviará a la Comisión Médica junto con la documentación señalada precedentemente. Una copia será ingresada en la respectiva carpeta de cuenta individual y la segunda copia se entregará al representante de la Isapre.

Sólo se aceptarán solicitudes sin el informe de licencias médicas cuando el representante legal de la Isapre declare en el mismo formulario "Solicitud de Calificación de Invalidez-Isapre" que no se tiene información respecto de licencias médicas del afiliado a quien se está solicitando su calificación de invalidez.

- b. Tratándose de Solicitudes de Calificación de Invalidez para afiliados menores de 60 o 65 años, respectivamente, la Administradora, dentro de los dos días hábiles siguientes al de recibida conforme la solicitud presentada por la Isapre, deberá notificar de tal situación al afiliado.

Para estos efectos, se le enviará al afiliado una carta certificada donde se le comunicará, que se dió curso a una solicitud de calificación de invalidez presentada por la Isapre, la que puede ser rechazada o aprobada por la Comisión Médica Regional, y en caso de ser aceptada la solicitud de calificación de invalidez, esta generará pensiones de invalidez en la medida que suscriba el formulario correspondiente antes de la emisión del dictamen respectivo.

Para la suscripción de la solicitud, se deben contemplar los mismos plazos y procedimientos señalados en los números 2.1. y 2.2. anteriores.

2.4. Solicitudes de Calificación de Invalidez de Beneficiario Hijo o Cónyuge.

El artículo 7o. del D.L. 3.500, de 1980, otorga el derecho a pensión de sobrevivencia al cónyuge inválido de una afiliada fallecida. La declaración de invalidez se hará por una Comisión Médica de la Superintendencia, de acuerdo a lo establecido en el Art. 4o. del mismo cuerpo legal.

El cónyuge, para solicitar su calificación de invalidez, deberá cumplir con los siguientes requisitos, a menos que tuviere hijos comunes con la causante:

- Haber contraído matrimonio con la causante a lo menos con seis meses de anterioridad a la fecha de su fallecimiento, o
- Haber contraído matrimonio con la causante a lo menos con tres años de anterioridad si este se verificó siendo la causante pensionada de vejez o invalidez.

Asimismo, el Art. 8o. del D.L. 3.500 establece que los hijos del afiliado fallecido, para gozar de pensión de invalidez deben ser declarados inválidos, cualquiera sea

**Superintendencia de Administradoras
de Fondos de Pensiones**

su edad, siempre que la invalidez se haya producido antes de que cumplan las edades máximas de 18 o 24 años, según sea el caso.

Para solicitar su calificación de invalidez ante la Comisión Médica Regional, el beneficiario o su apoderado, deberá, previa acreditación de la relación de parentesco del beneficiario con el afiliado, lo cual se verificará con su cédula

nacional de identidad y certificado de nacimiento o de matrimonio cuando corresponda, suscribir el formulario "Solicitud de Calificación de Invalidez cónyuge-hijo de afiliado", que se señala en el **Anexo No. 8-A**, de la presente Circular.

Este formulario deberá confeccionarse en original y dos copias. El original debidamente firmado por un representante de la Administradora, con fecha y timbre de recepción, se enviará a la Comisión Médica Regional, una copia quedará en la carpeta individual del afiliado y la otra se entregará al beneficiario solicitante.

Para los efectos de la suscripción del formulario, la entrega de la fotografía y la recepción de la documentación que se desee aportar a la Comisión Médica, la Administradora deberá seguir las instrucciones contenidas en los números 2.1 y 2.2 anteriores.

La Administradora deberá señalar en este formulario el nombre de la Compañía Aseguradora encargada de enterar el Aporte Adicional si el causante tuviere derecho a éste. Lo anterior, debe realizarlo la Administradora cuando se trate de beneficiarios de causantes declarados inválidos o fallecidos, cuyo monto del aporte adicional no ha sido notificado por la Compañía de Seguros a la Administradora a la fecha de la suscripción del formulario "Solicitud de Calificación de Invalidez" por parte del beneficiario.

3. PROCEDIMIENTO DE REVISION DE SOLICITUDES DE PENSION DE INVALIDEZ Y DE CALIFICACION DE INVALIDEZ.

La Administradora dispone de un plazo de 15 días corridos, contado desde el día en que recibe la solicitud de pensión de Calificación de Invalidez, para revisar y completar la información recibida. La Administradora deberá solicitar, a más tardar al día siguiente hábil de recibida la solicitud, la respectiva calificación a la Comisión Médica, la Administradora deberá verificar lo siguiente:

3.1. Verificación de edad y solicitudes en trámite.

Se deberá verificar con la información en poder de la Administradora que el solicitante a pensión de invalidez sea menor de 60 o 65 años, según sea mujer u hombre. Asimismo, se deberá revisar que no se encuentre en proceso de trámite alguna solicitud anterior del afiliado o beneficiario, según corresponda.

Si se detectare que el afiliado es mayor que las edades establecidas o que el solicitante tiene una solicitud de calificación de invalidez anterior pendiente, la Administradora deberá rechazar la última solicitud presentada, informando de ello al interesado.

3.2. Verificación de último empleador y dirección declarada.

Tratándose de solicitudes de pensión de invalidez solicitadas por los afiliados, la Administradora deberá contrastar la información proporcionada por el afiliado respecto de su domicilio y de su último empleador. Si existieren discrepancias con la información referida al empleador proveniente de las planillas de cotizaciones o con el domicilio del afiliado registrado en los archivos de la Administradora, se deberá dejar constancia de

**Superintendencia de Administradoras
de Fondos de Pensiones**

ello mediante carta que se enviará a la Comisión Médica con el resto de los antecedentes.

3.3 Jurisdicción.

Si se verifica que la dirección del empleador o del solicitante, según corresponda, consignada en el formulario "Solicitud Pensión Invalidez" corresponde a una región distinta a aquella donde fue recibido, el trámite de calificación de invalidez se hará en la Comisión Médica correspondiente a la región del domicilio del empleador o del solicitante, si corresponde, consignado, tomando la Administradora las providencias necesarias con el objeto de enviar a la Comisión respectiva la solicitud de calificación de invalidez y el resto de los antecedentes que la acompañan.

3.4. Validación de la documentación proporcionada por el afiliado.

Toda la documentación que entregue el afiliado para respaldar su solicitud de calificación de invalidez, debe ser sometida al siguiente análisis formal:

a. Informes médicos.

Estos informes deben cumplir con los siguientes requisitos:

- Corresponder a documentación original, sin que se acepten fotocopias, aún cuando estén autorizadas ante notario.
- Indicar fecha de emisión.
- Contener la firma y el nombre completo del profesional informante (nombres y apellidos paterno, y al menos la inicial del apellido materno).
- No contener enmendaduras, borrones, tarjaduras o correcciones de ninguna especie, a menos que el propio profesional informante certifique en el mismo documento su validez.
- Indicar la dirección o el lugar donde fue extendido el certificado o exámen.
- Incluir membrete con la identificación completa del Hospital o Centro Médico, según corresponda.
- Contener la autenticación dispuesta en la sección II de la Circular No. 570, cuando a juicio de la Administradora las características formales del documento así lo acrediten, anticipándose a un futuro requerimiento de la Comisión, en tal sentido.

b. Exámenes de laboratorio o especialidad.

Los exámenes de laboratorio o especialidad señalados en **Anexo No. 11-B**, deben recibirse completos, es decir, incluyendo un medio gráfico (rayos X, trazado electroencefalográfico, gráfico de campos visuales, etc.) y un informe de resultado elaborado por un especialista, que incluya una interpretación del medio gráfico. La Administradora solo aceptará estos exámenes cuando se incluyan ambos antecedentes.

Los informes de resultado deben cumplir con las mismas formalidades señaladas

Superintendencia de Administradoras de Fondos de Pensiones

en la letra anterior.

Tratándose de placas radiográficas, éstas deben contener en forma impresa mediante el mismo sistema gráfico utilizado para tomarlas, el nombre, la fecha y el número de cédula de identidad del interesado. Los otros tipos de medios gráficos deben tener la misma identificación que la solicitada en las placas radiográficas.

Cualquier documentación entregada por un afiliado que no cumpla con las formalidades señaladas precedentemente, deberá ser devuelta al interesado e indicarse esta circunstancia en la columna "No objetivo" del formulario "Listado de Antecedentes Médicos".

Igual procedimiento deberá utilizarse para la validación de la documentación presentada para la calificación de invalidez de beneficiarios.

3.5. Informe de Remuneraciones/Rentas.

La Administradora deberá acompañar un informe que contenga una detallada relación del monto de las remuneraciones o rentas por las cuales hizo cotizaciones el afiliado y el nombre del o los correspondientes empleadores o entidades pagadoras de subsidios, según corresponda. Dicho informe deberá confeccionarse en un formato que contenga al menos lo señalado en el **Anexo No. 11-A** y deberá considerar a lo menos la información que disponga la Administradora de los últimos tres años.

3.6. Informe de solicitudes de calificación de invalidez anteriores.

Se informará a la Comisión Médica Regional, basándose en los antecedentes contenidos en la carpeta de cuenta individual del afiliado, si se ha encontrado alguna solicitud de calificación de invalidez o requerimiento de Isapre anterior. En caso afirmativo, se señalará el número del dictámen o resolución correspondiente, y el nombre de la Administradora que la solicitó. Lo mismo se hará cuando se trate de solicitudes de beneficiarios, cónyuges o hijos.

3.7. Formulario "Solicitud Calificación de Invalidez del trabajador afiliado".

La Solicitud de Calificación de Invalidez del trabajador afiliado deberá realizarla la Administradora, enviando al Presidente de la Comisión Médica Regional respectiva, 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 no es aplicable a solicitudes de calificación de invalidez efectuadas por Isapres.

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	101
COMISION MEDICA	I REGION ARICA	201
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 MONTT	210
COMISION MEDICA	XI REGION COYHAIQUE	011
COMISION MEDICA	XII REGION PUNTA ARENAS	012
COMISION MEDICA	No. 1 REGION METROPOLITANA SANTIAGO	113
COMISION MEDICA	No. 2 REGION METROPOLITANA SANTIAGO	213
COMISION MEDICA	No. 3 REGION METROPOLITANA SANTIAGO	313

- Dos dígitos para el año.

El formulario solicitud de calificación de invalidez deberá indicar el porcentaje de cargo del afiliado del arancel establecido por la Ley 18.469. Para estos efectos se deberá considerar la clasificación según nivel de ingresos que establece el artículo 29 de la referida Ley.

Se entenderá por ingreso mensual lo siguiente:

- a. El promedio de las tres últimas remuneraciones imponibles percibidas cuyas cotizaciones se encuentran registradas en el último estado de cuenta de capitalización individual emitido con anterioridad a la fecha de la solicitud de pensión de invalidez, para los trabajadores dependientes que se encuentren prestando servicios.
- b. El promedio mensual de las seis últimas rentas declaradas cuyas cotizaciones se encuentran registradas en el último estado de cuenta de capitalización individual emitido con anterioridad a la fecha de la solicitud de pensión de invalidez, para los trabajadores independientes.
- c. Los afiliados carentes de recursos acreditarán esa calidad mediante el último comprobante de pago de subsidio de cesantía si se encontraren acogidos a dicho subsidio, o con un informe social de la Municipalidad correspondiente a su domicilio, o en su defecto un informe social de la Administradora.
- d. El afiliado que no acredite su ingreso mensual será clasificado en el grupo d, lo que se informará a la Comisión Médica señalando en el formulario respectivo "50%".

Sin perjuicio de lo anterior, la Administradora que desee financiar los exámenes en mayor proporción que lo que habría correspondido, bastará con que señale en el formulario correspondiente el porcentaje de costo para el afiliado.

**Superintendencia de Administradoras
de Fondos de Pensiones**

Para las solicitudes de calificación de invalidez de beneficiarios, cónyuges o hijos, la Administradora deberá considerar en la determinación del ingreso mensual, el

monto de la pensión del afiliado inválido, o, en su defecto, la pensión de sobrevivencia del grupo familiar. Si no se estuviere pagando pensión, se considerará el monto estimado de la pensión a pagar.

- 3.8 Tratándose de solicitudes de calificación de invalidez correspondientes a beneficiarios, cónyuge o hijos, la Administradora deberá verificar que éstos cumplan con los requisitos para solicitar este beneficio establecidos en el D.L. 3.500 y que se señalan en el cuarto párrafo del número 2.4 anterior.

En caso de detectarse alguna solicitud que no cumpliera con lo dispuesto en la Ley, se deberá suspender el trámite y la Administradora deberá notificar esta situación por carta al afiliado. Una copia de la notificación deberá ingresarse en la respectiva carpeta de cuenta individual.

La Administradora deberá verificar la afiliación y efectuar la recuperación de rezagos de acuerdo a lo dispuesto en el punto A.3 del Capítulo I de esta Circular. No obstante, si se detectare múltiple-afiliación, la Administradora receptora de la solicitud o el requerimiento, deberá continuar con la tramitación de la calificación de invalidez, sin perjuicio de que la A.F.P. de término será la responsable del otorgamiento del beneficio.

4. ENVIO DE SOLICITUD DE CALIFICACION DE INVALIDEZ A LA COMISION MEDICA REGIONAL.

Tratándose de solicitudes de pensión de invalidez presentadas por afiliados o solicitudes de calificación de invalidez presentadas por Isapres, la Administradora, una vez cumplidos los procedimientos señalados en el número 3 anterior, deberá enviar la correspondiente solicitud, con todos sus antecedentes a la Comisión Médica de la Superintendencia, que corresponda de acuerdo al lugar de trabajo del afiliado. Dicho envío debe realizarse a más tardar al día siguiente hábil al del término del plazo de los 15 días corridos con que cuenta para analizar y completar las solicitudes recibidas.

En el caso de afiliados independientes, desempleados o cuyos servicios se encuentren suspendidos, la invalidez deberá ser calificada por la Comisión Médica correspondiente al domicilio del afiliado.

- 4.1. Solicitudes de afiliados, documentación a enviar.

La Administradora deberá enviar por mano a la respectiva Comisión Médica, dentro de un sobre, la siguiente documentación:

- a. Solicitud Calificación Invalidez de trabajador afiliado (Anexo No. 8)
- b. Solicitud Pensión Invalidez. (Anexo No. 1)
- c. Listado de Antecedentes Médicos.(Anexo No. 11)
- d. Antecedentes médicos aportados por el afiliado.
- e. Informe del médico de la Administradora que acredite que las dolencias le impiden al afiliado concurrir a la Administradora y a la Comisión Médica. Sólo si procede (Formato libre).

**Superintendencia de Administradoras
de Fondos de Pensiones**

- f. Carta de un representante de la Administradora al Presidente de la Comisión cuando no se incluya la fotografía del afiliado en la solicitud. (Formato libre)
- g. Carta de un representante de la Administradora cuando se detecten discrepancias de dirección y nombre empleador. (Formato libre)

Superintendencia de Administradoras de Fondos de Pensiones

- h. Informe de rentas (Anexo No. 11-A).
- i. Informe de solicitudes de calificación de invalidez anteriores. (Formato libre)

Esta documentación deberá ser acompañada de un inventario de formato libre cuya copia, al igual que una copia del formulario "solicitud de calificación de invalidez de trabajador afiliado", será firmada y timbrada por la secretaria de la Comisión en señal de recepción. El original se agregará al resto de la documentación.

No es necesario describir en el inventario la totalidad de los antecedentes aportados por el afiliado por cuanto eso se hace en el formulario "Listado de Antecedentes Médicos".

4.2. Solicitudes de beneficiarios, documentación a enviar.

Tratándose de solicitudes de calificación de invalidez de beneficiarios, la Administradora deberá enviar por mano a la respectiva Comisión Médica, dentro de un sobre, la siguiente documentación:

- a. Solicitud de calificación de invalidez cónyuge-hijo de afiliado. (anexo No. 8-A).
- b. Listado de Antecedentes médicos. (anexo No.11).
- c. Antecedentes médicos aportados.
- d. Informe del médico de la Administradora que acredite que las dolencias le impiden al beneficiario concurrir a la Administradora y a la Comisión Médica. Sólo si procede. (Formato libre).
- e. Carta de un representante de la Administradora al Presidente de la Comisión cuando no se incluya la fotografía del beneficiario. (Formato libre).
- f. Informe de solicitudes de calificación de invalidez anteriores. (Formato libre).

Lo anterior deberá ser acompañado de un inventario de formato libre cuya copia, al igual que una copia del formulario "Solicitud de Calificación de Invalidez cónyuge-hijo de afiliado", será firmado y timbrado por la secretaria de la Comisión en señal de recepción. El original se agregará al resto de la documentación.

4.3. Solicitudes de Isapres, documentación a enviar.

Tratándose de solicitudes de calificación de invalidez realizados por Isapres, se remitirá a la Comisión médica, dentro de un sobre, la siguiente documentación:

- a. Solicitud de calificación de invalidez. (Anexo No. 8-B).
- b. Antecedentes de respaldo para la calificación de invalidez.
- c. Informe de solicitudes de calificación de invalidez anteriores. (Formato libre).

**Superintendencia de Administradoras
de Fondos de Pensiones**

Lo anterior deberá ser acompañado de un inventario de formato libre cuya copia, será firmado por la secretaria de la Comisión en señal de recepción. El original se agregará al resto de la documentación.

5. REQUERIMIENTOS DE LA COMISION MEDICA REGIONAL.

5.1. Validación de Documentación.

Durante el proceso de calificación de invalidez, la Comisión Médica Regional puede solicitar a la Administradora la autenticación de algunos antecedentes proporcionados por los afiliados, beneficiarios o Isapres, para respaldar sus respectivas solicitudes o requerimientos. Para ello, la Administradora deberá aplicar la mayor diligencia para dar cumplimiento a lo solicitado y ceñirse a los procedimientos que para tal efecto se ha dispuesto en la Circular No. 570.

5.2. Solicitudes de Exámenes.

La Comisión Médica Central o las Comisiones Médicas Regionales, pedirán exámenes a los afiliados cuyo costo será financiado por éstos y por las Administradoras, en virtud de lo dispuesto en el artículo 11 del D.L. 3.500.

- a. Las Administradoras financiarán aquella parte del costo de los exámenes no financiado por los afiliados, quienes a su vez pagarán sólo el monto que les habría correspondido pagar si dicha prestación se hubiere realizado en un Servicio de Salud y de acuerdo con lo establecido en el artículo 30 de la Ley 18.469.
- b. Los exámenes requeridos por las Comisiones Médicas, serán solicitados sólo a los especialistas o laboratorios que se encuentren inscritos en el Índice de Médicos Interconsultores " o " Índice de Instituciones autorizadas para emitir exámenes", según corresponda, que llevará esta Superintendencia.
- c. La Administradora podrá proponer médicos especialistas, a nivel regional, distintos de los que integran las Comisiones Médicas. Para este efecto, el médico especialista, patrocinado por una Administradora, deberá suscribir a través de ésta una solicitud de ingreso, señalada en el **Anexo No. 9**, al índice respectivo.

Para los exámenes de laboratorio o especialidad, la Administradora, al igual que en el caso de los médicos especialistas, podrán proponer laboratorios o instituciones. Para ello dichas instituciones, a través de su representante legal y por intermedio de la Administradora, deberán suscribir una solicitud, señalada en el **Anexo No. 10**, de ingreso al índice respectivo.

Esta Superintendencia evaluará cada solicitud y responderá a la Administradora, aceptando o rechazando la solicitud.

- d. Los informes o exámenes se orientarán hacia aquellos especialistas o instituciones propuesto por la Administradora donde se encuentre afiliado el trabajador.

Sin embargo, la Comisión médica podrá recurrir a otros médicos o Instituciones no patrocinados por la Administradora. En ambos casos, el profesional o institución respaldará el cobro de sus honorarios con la copia de la "Orden Examen Laboratorio o Especialidad" o de la "Orden Examen Médico Interconsultor", según corresponda. Ambas copias de órdenes de examen irán

**Superintendencia de Administradoras
de Fondos de Pensiones**

con la firma del Presidente de la Comisión Médica o el miembro integrante que lo reemplace.

- e. Con el objeto de facilitar el cobro de los honorarios de los médicos interconsultores o las instituciones no patrocinadas por la Administradora, se deberá enviar a cada Comisión Médica, con copia a la Superintendencia, una carta donde se señale el nombre y la dirección de la persona responsable en cada región del pago de los servicios. Dicha información deberá estar permanentemente actualizada.

Esta instrucción rige también para aquellas Administradoras que si bien no tienen locales de atención de público en una región determinada, tienen afiliados en esa región.

- f. La Administradora deberá considerar un plazo máximo de 10 días corridos para el pago de los honorarios de los médicos interconsultores e instituciones a que se refiere la letra anterior.

Este plazo se contará a partir de la recepción por parte de la persona responsable de la A.F.P. de las boletas de honorarios o facturas con sus correspondientes copias de ordenes de exámenes.

Sin embargo, si se determinare que no procede algún pago, se deberá comunicar por escrito y con copia a esta Superintendencia tal situación al médico o laboratorio correspondiente.

- g. La Administradora deberá financiar, en iguales condiciones que a sus afiliados, los gastos derivados de solicitudes de calificación de invalidez de beneficiarios.

Tratándose de solicitudes de calificación de invalidez realizados por Isapres, estas financiarán la totalidad del costo de los exámenes.

6. RESPUESTA DE LA COMISION MEDICA REGIONAL.

La decisión de la Comisión Médica Regional 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 será notificada de los siguientes tipos de decisiones por parte de la Comisión Médica Regional, respecto de la Calificación de Invalidez del afiliado o beneficiario:

6.1. Suspensión temporal o ampliación del plazo de trámite de la invalidez.

La Comisión Médica podrá suspender el plazo de 60 días para dictaminar, en los siguientes casos:

- Por haberse efectuado consultas al Servicio de Salud o a 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.
- Por encontrarse pendiente exámenes médicos requeridos dentro del plazo, pero postergados por razones administrativas en los servicios médicos a los que debe

Superintendencia de Administradoras de Fondos de Pensiones

recurrir el trabajador.

- Por existir razones clínicas que precisan la postergación de los exámenes que deban practicarse al afiliado.

La suspensión del plazo de dictamen 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, la Administradora deberá ceñirse al procedimiento que corresponda, según lo señalado en los puntos 6.2 o 6.3 siguientes.

6.2. Dictamen que rechaza la invalidez del afiliado por de las siguientes causas

- a. El afiliado no presenta el requisito de pérdida de a lo menos dos tercios de su capacidad de trabajo.

El afiliado o la Administradora podrán reclamar del dictamen ante la Comisión Médica Central, de acuerdo al procedimiento descrito en el número 7 siguiente.

Si la Administradora fuera notificada de una reclamación por parte del afiliado, o si la Administradora interpusiera un reclamo sobre el dictamen de la Comisión Médica Regional y, en cualquiera de los casos la Comisión Médica Central emitiera una resolución acogiendo la invalidez del afiliado, la Administradora deberá proceder de acuerdo a lo señalado en el número 6.3 siguiente y dará apertura al Expediente de Pensión, archivando la solicitud de pensión de invalidez, el dictamen y la resolución que aprobó la invalidez del afiliado.

Si no se presentare reclamación o si interpuesto el reclamo, la Comisión Médica Central no acogiere la invalidez del afiliado, la Administradora deberá archivar en la carpeta de cuenta individual el dictamen y la resolución, si procediere, dando por finalizado el trámite de pensión de invalidez.

- b. Invalidez de naturaleza laboral.

En este caso, el afiliado deberá solicitar el beneficio en la institución de previsión a la cual le corresponde otorgar las prestaciones causadas por accidente del trabajo o enfermedad profesional. La Administradora deberá archivar el dictamen y la resolución, si procediere, en la carpeta de cuenta individual del afiliado y dará por finalizado el trámite de pensión de invalidez.

- c. Fallecimiento del afiliado.

Una vez notificada la Administradora del dictamen rechazado por fallecimiento del afiliado, deberá proceder a abrir el Expediente de Pensión de Sobrevivencia con el dictamen y el certificado de defunción correspondiente.

d. Desistimiento del afiliado.

En este caso la Administradora deberá archivar el dictamen en la carpeta individual y dará por finalizado el trámite de solicitud de pensión de invalidez.

e. No concurrencia del afiliado a la Comisión Médica Regional.

La Administradora deberá proceder de acuerdo a lo señalado en la letra d. anterior.

f. Caso Extrajurisdiccional.

La Administradora deberá informar al afiliado de tal situación y deberá iniciar nuevamente el trámite de solicitud de calificación de invalidez en la Comisión Médica Regional que corresponda al lugar de trabajo o domicilio del afiliado, según proceda, archivando el dictamen que rechazó la invalidez en la carpeta de cuenta de capitalización individual.

g. Trabajador mayor de 65 o 60 años.

La Administradora deberá archivar el dictamen en la carpeta individual del afiliado y notificar a éste de tal situación, indicándole que puede solicitar el beneficio de pensión de vejez de acuerdo a las normas impartidas en el Capítulo I de esta Circular.

h. Término de plazo de suspensión.

La Administradora deberá archivar el dictamen en la carpeta de cuenta de capitalización individual e informar al afiliado que puede iniciar nuevamente el trámite, concurriendo a la Administradora a suscribir una nueva solicitud de pensión de invalidez.

6.3. Dictamen que aprueba la invalidez del afiliado.

Si no se presentare reclamación o si interpuesto el reclamo, la Comisión Médica Central no lo acogiera, la Administradora deberá dar apertura al Expediente de Pensión definido en el Capítulo X de esta Circular e iniciar el procedimiento que se define a continuación.

Se entiende ejecutoriado un dictamen si el afiliado, la Administradora o la Compañía de Seguros no interponen un reclamo en contra de él dentro del plazo de 15 días hábiles desde la fecha de notificación o, habiéndose interpuesto un reclamo, éste ha sido tramitado, fallado y notificado a las partes.

En esta situación se debe considerar el siguiente procedimiento a seguir:

a. Notificación del dictamen al empleador.

La Administradora deberá notificar al empleador el dictamen de invalidez, dentro de los diez días siguientes a la fecha en que este haya quedado ejecutoriado.

**Superintendencia de Administradoras
de Fondos de Pensiones**

La notificación deberá hacerse por carta certificada dirigida al domicilio del empleador y en ella se indicará el nombre completo y RUT del afiliado declarado inválido, el número y fecha del dictamen de la Comisión Médica Regional, el número y fecha de la resolución de la Comisión Médica Central que haya declarado la invalidez, si procediere, y la fecha a contar de la cual se ha devengado la pensión de invalidez.

b. Información a la Compañía de Seguros.

Dentro de los 25 días siguientes de recepcionado el dictamen que declara la invalidez del afiliado, la Administradora deberá informar a la Compañía de Seguros que le corresponderá enterar el aporte adicional, la pensión de referencia del afiliado y la composición del grupo familiar, siempre y cuando el interesado hubiere presentado la documentación pertinente. En caso contrario, la Administradora solicitará al interesado la documentación faltante y le comunicará la imposibilidad de enterar el aporte adicional si esos antecedentes.

c. Constitución del saldo de la cuenta de capitalización Individual.

La Administradora deberá ceñirse a las normas impartidas en el capítulo IV de la presente Circular para constituir el saldo de la cuenta de capitalización individual del afiliado declarado inválido.

d. Entrega de la información necesaria para la selección de la modalidad de pensión.

Dentro de los seis días hábiles siguientes de emitida la "cartola resumen para beneficios", definida en el capítulo IV de esta Circular, la Administradora deberá poner a disposición del afiliado la información necesaria para seleccionar la modalidad de pensión señalado en el punto A.5 y el folleto explicativo definido en A.8.3. del capítulo I de esta Circular.

Para los efectos de la emisión del certificado de saldo y estimación de la renta temporal por unidad de saldo, la Administradora deberá considerar el saldo de la cartola referida en el párrafo anterior.

En este caso, también será aplicable lo dispuesto en el tercer párrafo, del punto 5., del capítulo I de esta Circular.

Asimismo, la Administradora deberá informar al afiliado que, en caso de contar con cónyuge o hijo que puedan ser declarados inválidos, se deberá presentar la respectiva solicitud de calificación de invalidez antes que se materialice la comunicación del monto del Aporte Adicional que hará la Compañía de Seguros, a que se refiere el Art. 60 del D.L. 3.500. En caso contrario, se aplicarán las normas establecidas en el inciso segundo del artículo 70 del mismo cuerpo legal para el cálculo de las pensiones que posteriormente se generen por este concepto.

e. Selección de la modalidad de pensión.

El afiliado deberá ceñirse a las normas impartidas en el número A.6 del capítulo I de esta Circular para hacer efectiva su pensión.

En todo caso, si el afiliado, dentro de los noventa días siguientes a la fecha en que queda ejecutoriado el dictamen de invalidez, no opta por alguna de las modalidades definidas en el capítulo V, se entenderá que ha optado por contratar una renta vitalicia inmediata con la misma Compañía de Seguros

**Superintendencia de Administradoras
de Fondos de Pensiones**

que deba pagar el aporte adicional. No obstante, si la renta vitalicia convenida resulta inferior a la pensión mínima de vejez garantizada por el Estado, el afiliado deberá acogerse a retiro programado.

Si el dictamen que declara la invalidez ha sido objeto de reclamación, el plazo de noventa días se contará desde la fecha de emisión de la resolución de la Comisión Médica Central.

Asimismo, si el afiliado inválido hubiere registrado cotizaciones en alguna institución de previsión del régimen antiguo y su Bono de Reconocimiento no hubiere sido liquidado, y siempre que tuviere derecho a éste, el plazo precedentemente señalado se extenderá hasta el día 15 del mes subsiguiente a aquél en que el Bono sea liquidado. Tratándose de situaciones en que por no pago oportuno del Bono de Reconocimiento o por la interposición de un reclamo para solucionar problemas previsionales, el afiliado requiera pago de pensión provisorio, no deberá entenderse que ha optado por la modalidad de retiros programados.

f. Fecha en que se devenga la pensión de invalidez.

La pensión de invalidez se devenga a contar de la fecha de recepción por parte de la Administradora de la solicitud de pensión de invalidez, fecha que estará consignada en el dictamen o resolución que concede la invalidez del afiliado.

Sin perjuicio de lo anterior, la Comisión Médica Regional, en casos calificados, podrá acordar como fecha de otorgamiento de la pensión, la de una solicitud de pensión de invalidez presentada anteriormente, dentro de los seis meses precedentes, que hubiere sido rechazada por falta de antecedentes.

Asimismo, las Comisiones Médicas podrán acordar, a petición del afiliado, como fecha de otorgamiento de la pensión, la de término del periodo de subsidio por incapacidad laboral.

En el caso de trabajadores del sector público, las Comisiones Médicas deberán fijar como fecha de otorgamiento de la pensión el día siguiente al del cese de funciones dispuesta en el decreto de la institución empleadora.

g. Pérdida de capacidad de trabajo mayor de dos tercios, ocurrida con anterioridad a la afiliación.

g.1. De acuerdo a lo dispuesto en el artículo 5o. de la Ley No. 18.753, de 1988, a contar del 28 de octubre de 1988, la Administradora no debe procesar Solicitudes de Desafiliación que invoquen la situación contemplada en la letra c) del artículo 1o. de la Ley No. 18.225, de 1983.

g.2. La Administradora que reciba un dictamen o una resolución de invalidez de un afiliado que haya sido imponente de alguna institución de previsión del régimen antiguo, que establezca que la invalidez se hubiere producido con anterioridad a la fecha de afiliación al sistema, deberá ceñirse al siguiente procedimiento:

g.2.1. Dentro de los diez días siguientes a la fecha en que el dictamen haya quedado ejecutoriado, deberá determinar la institución de previsión del régimen antiguo en que el afiliado enteró su última cotización antes de afiliarse a alguna Administradora.

Esta información deberá ser obtenida del Documento Bono de

**Superintendencia de Administradoras
de Fondos de Pensiones**

Reconocimiento, o de la Solicitud de Bono de Reconocimiento o del propio afiliado.

g.2.2. En el mismo plazo señalado en el punto g.2.1. anterior, la Administradora deberá requerir a la institución de previsión del régimen antiguo que corresponda, el monto de la pensión que le

habría correspondido al afiliado a la fecha de la solicitud de pensión, si se hubiere pensionado por dicha institución de previsión.

Para este efecto, la Administradora deberá utilizar el formulario señalado en el Anexo No. 11-C de esta Circular, en el cual se detallarán cada una de las remuneraciones cuyas cotizaciones se hubieren percibido entre la fecha de afiliación al sistema y la fecha de la solicitud de pensión de invalidez. Conjuntamente con el formulario "Solicitud de Pensión de Referencia-Ley No. 18.753", deberá enviar copia del Dictamen o Resolución de Invalidez a la institución de previsión correspondiente.

La "Solicitud de Pensión de Referencia" deberá ser confeccionada en original y copia. El original será entregado a la institución de previsión y la copia quedará en el Expediente de Pensión del afiliado debidamente timbrada con fecha de recepción por parte de la institución receptora.

g.2.3. La institución de previsión notificará a la Administradora, dentro del plazo de 30 días contado desde la fecha de recepción de la "Solicitud de Pensión de Referencia" el monto de la pensión que le habría correspondido al afiliado si se hubiere pensionado en dicha institución. g.2.4.

Dentro de los 30 días siguientes de liquidado el Bono de Reconocimiento y su complemento, si correspondiere, y siempre que la Administradora hubiere sido notificada de la pensión de referencia que correspondería al afiliado, ésta deberá informar a la institución de previsión del régimen antiguo el monto del aporte adicional y solicitar el pago de éste, utilizando el formulario "Solicitud de Aporte Adicional - Ley No. 18.753" que se adjunta en el anexo No. 11-D.

Este formulario deberá ser confeccionado en original y copia. El original será entregado a la institución de previsión y la copia se archivará en el expediente de pensión debidamente timbrada con fecha de recepción por parte de la institución receptora.

En el evento de que la pensión de referencia le fuere notificada a la Administradora en una fecha posterior a la liquidación del Bono de Reconocimiento, el plazo precedentemente señalado podrá postergarse hasta 10 días hábiles después de la notificación de la pensión de referencia.

g.2.5. El aporte adicional se determinará de acuerdo al procedimiento señalado en el número 2., letra C., del capítulo IV de esta Circular, entendiéndose por pensión de referencia el monto de la pensión informada por la institución de previsión del

**Superintendencia de Administradoras
de Fondos de Pensiones**

régimen antiguo.

g.2.6. A más tardar al día hábil siguiente de recibida la liquidación del aporte adicional, la Administradora procederá a abonarlo a la cuenta de capitalización individual del afiliado, utilizando el valor

cuota del día anteprecedente a dicho abono.

g.2.7. Una vez efectuado el abono señalado en el número 2.6. anterior, la Administradora deberá ceñirse al procedimiento establecido en las letras d, e y f anteriores.

g.3. En caso que la Administradora recibiere un dictamen o resolución de invalidez que establezca que la invalidez se hubiere producido con anterioridad a la fecha de afiliación al sistema y el afiliado no registre imposiciones en alguna institución de previsión del régimen antiguo, la Administradora deberá notificar al afiliado dentro de los diez días siguientes a la fecha en que el dictamen haya quedado ejecutoriado, informándole que puede impetrar el beneficio de pensión asistencial del D.L. No. 869, de 1975. Para este efecto, la Administradora extenderá un certificado que acredite que este trabajador no es pensionado del Nuevo Sistema Previsional.

g.4. Los afiliados que tengan un dictamen o resolución de invalidez emitido con anterioridad al 28 de octubre de 1988, que rechace su solicitud porque la pérdida de capacidad de trabajo mayor de dos tercios se produjo con anterioridad a la fecha de su afiliación al sistema y que no hayan suscrito a esa misma fecha, una solicitud de desafiliación invocando la causal c) del artículo 1o. de la Ley No. 18.225, de 1983, deberán obtener su pensión de acuerdo a las normas de la presente Circular.

Para este efecto, la Administradora deberá requerir a la Comisión Médica correspondiente, en un plazo de 40 días hábiles de recibida esta Circular una modificación al dictamen o resolución de invalidez; la solicitud deberá efectuarse por carta dirigida al Presidente de la Comisión Médica, adjuntando copia del respectivo dictamen o resolución.

7. PROCEDIMIENTO DE RECLAMO ANTE LA COMISION MEDICA CENTRAL.

- a. De acuerdo a lo establecido en el artículo 11 del D.L. No. 3.500, los dictámenes que emitan las Comisiones Médicas Regionales serán reclamables por el afiliado, por la Administradora respectiva y por la Compañía de Seguros correspondiente, ante la Comisión Médica Central de la Superintendencia. Para estos efectos, la parte interesada deberá interponer el reclamo por escrito, dentro del plazo de 15 días hábiles contado desde la fecha de notificación del dictamen, ante la Comisión Médica Regional que lo emitió.

Un dictamen queda notificado a las 24 horas del día quinto, contado este último, desde el día siguiente a la fecha de despacho por correo certificado del dictamen.

El reclamo tendrá formato libre y podrá ser interpuesto por los afiliados y la Cia. de Seguros en las oficinas de la Comisión Médica Regional.

La Comisión Médica Regional notificará a la Administradora de la recepción de un

**Superintendencia de Administradoras
de Fondos de Pensiones**

reclamo sólo si este se interpuso dentro del plazo legal, en caso contrario, dicho reclamo no será aceptado.

- b. Una vez recibido el reclamo y si este fue presentado dentro del plazo legal, la Comisión Médica Regional tendrá un plazo de 5 días corridos para enviarlo a la Comisión Médica

Central junto al expediente de calificación de invalidez.

- c. Si la Comisión Médica Central ordena que se practiquen nuevos exámenes o análisis al afiliado, estos deben realizarse dentro del plazo de 60 días.

Si la reclamación proviene del afiliado, los exámenes, análisis o informes solicitados, serán de cargo de la Administradora y del afiliado. Si esta proviene de la Administradora, el financiamiento de aquellos serán de cargo exclusivo de ésta.

En caso de ser citado el afiliado a comparecer ante la Comisión Médica Central, los gastos de traslado que por ello se originen serán de cargo de la Administradora. El financiamiento se hará sobre la base de un traslado terrestre, a menos que la Comisión Médica Central determine lo contrario. Para el financiamiento propiamente tal, los afiliados recurrirán a la oficina regional de su Administradora más cercana a su domicilio, debiendo recibir de ésta el pasaje (ida y vuelta), correspondiente o, alternativamente, el pago del costo de éstos, siempre que el afiliado demuestre tener los respectivos pasajes.

- d. Las normas de financiamiento de exámenes y traslado serán aplicables a las operaciones de dictámenes que se pronuncien sobre la invalidez de beneficiarios, cónyuge o hijo.
- e. Fallado el reclamo, la Comisión Médica Central remitirá la resolución correspondiente a la Comisión Médica Regional respectiva, la que notificará a las partes interesadas de tal resolución.
- f. Si la Compañía de Seguros o la Administradora interpusiera un reclamo ante la Comisión Médica Central y la resolución revocara el dictamen de invalidez, esto es, rechazara la invalidez del afiliado, la Administradora deberá archivar en la carpeta individual la resolución junto al dictamen y dará por finalizado el trámite de solicitud de pensión de invalidez.

8. PROCEDIMIENTO DE RECLAMO ANTE LA SUPERINTENDENCIA DE SEGURIDAD SOCIAL.

- a. En contra de una resolución de la Comisión Médica Central y dentro del plazo de 15 días corridos de notificada ésta, el afiliado, la Administradora, la Compañía de Seguros y la entidad que le pudiere corresponder el pago de la respectiva prestación por invalidez profesional, podrán presentar un reclamo fundado, ante la Superintendencia de Seguridad Social. Esta solo se pronunciará para determinar si la invalidez es o no de origen profesional.

Los 15 días corridos se cuentan desde el momento en que es notificada por parte de la Comisión Médica Regional la resolución de la Comisión Médica Central. Se entenderá por efectuada la notificación a las 24 horas del día quinto, contado este último desde el día siguiente a la fecha de despacho por correo certificado de la resolución.

- b. El reclamo no debe paralizar el trámite tendiente al pago por parte de la Administradora de las pensiones en virtud de lo resuelto por la Comisión Médica Central, salvo en los casos señalados en la letra a siguiente, ya que de establecerse que el pago de las pensiones corresponde a la entidad que hubiere estado cubriendo el

Superintendencia de Administradoras de Fondos de Pensiones

riesgo de enfermedad o accidente del trabajo, y de haberse pagado pensiones, dicha entidad devolverá lo pagado, y en las mismas unidades de pago.

Por tanto, si se hubiere estado pagando pensiones en la modalidad de retiros programados, la institución responsable del pago de las pensiones devolverá a la Administradora el número de Unidades de Fomento pagadas por ésta, por concepto de pensión de invalidez. Dicha devolución deberá ser abonada a la cuenta "Recaudación en proceso de acreditación a cuentas previsionales" del Fondo de Pensiones, a más tardar al siguiente día hábil de recibida, considerando para ello el valor cuota de cierre del día

precedente al abono.

Tratándose de un reclamo interpuesto ante la Comisión Médica Central fundado en que la invalidez aceptada por la Comisión Médica Regional proviene de accidente del trabajo o enfermedad profesional, que fuere acogido por ésta, la Administradora deberá pagar transitoriamente y con cargo a la cuenta individual del afiliado pensiones equivalentes a la pensión mínima. El pago de estas pensiones deberá realizarse a más tardar el día 30 del mes siguiente de notificada la Administradora de la resolución de la Comisión Médica Central. Asimismo, el pago se hará hasta agotados los recursos del fondo, el mes anterior a aquel en que la institución responsable de cubrir el riesgo de accidente o enfermedad profesional comience a pagar las respectivas pensiones o hasta que la Administradora pague la totalidad de la pensión si la Superintendencia de Seguridad Social lo determina, según que ocurra primero.

- c. Cabe señalar que la Comisión Médica Regional informará a las partes interesadas cada vez que reciba una reclamación que deba ser vista por la Superintendencia de Seguridad Social, por lo que cuando la Administradora sea notificada de tal situación deberá tomar las providencias correspondientes con el objeto de que no se realice ningún traspaso de la cuenta individual del afiliado involucrado hacia una Compañía de Seguros de Vida.

9. PARTICIPACION DE MEDICOS REPRESENTANTES DE LA ADMINISTRADORA EN LAS SESIONES DE LAS COMISIONES MEDICAS REGIONALES.

- a. La Administradora de Fondos de Pensiones puede designar médicos representantes ante las Comisiones Médicas Regionales, con el objeto de aportar y exponer ante ellas los antecedentes médicos, laborales y personales, debidamente certificados, de los afiliados a la Administradora que representan, sólo a petición expresa de éstos, con el objeto que avalen sus solicitudes de pensión de invalidez.
- b. Los médicos representantes podrán tener acceso al Expediente de Calificación de Invalidez en forma previa a la vista del caso en sesión, y con posterioridad a ello, pero dentro de la Comisión.

En caso de requerimiento de fotocopias, el Presidente podrá autorizar su préstamo momentáneo, estampando su firma en el extremo inferior derecho de la documentación facilitada. No obstante, no podrán ser fotocopiadas la Conclusión del médico asignado (Hoja E-5) del Expediente de Calificación de Invalidez, ni los informes de médicos o Entidades interconsultadas por la Comisión.

- c. Los médicos representantes nombrados por la Administradora deberán estar inscritos en el "índice de médicos representantes" que llevará esta Superintendencia. Por lo tanto, la Administradora deberá solicitar para cada médico que proponga su inscripción en el índice respectivo.
- d. Una vez inscritos en el índice correspondiente, la Comisión Médica aceptará la participación de estos médicos en la sesión y discusión de los casos de afiliados a la Administradora que ellos representen. No obstante lo anterior, el Presidente de la Comisión podrá autorizarlos a que participen en la totalidad de la sesión.

El médico representante sólo podrá exponer el caso al cual está representando, con

**Superintendencia de Administradoras
de Fondos de Pensiones**

posterioridad a la relación que efectúe el médico asignado al estudio del caso, no pudiendo intervenir en el debate de la Comisión."

2. Reemplazanse los Anexos N° 8, N° 9, N° 10 y N° 11 por los que se adjuntan a la presente Circular.
3. Deroganse Circulares N° 159, N° 411 y N° 548.
4. La presente Circular rige a contar del 1° de marzo de 1989.
5. Con el fin de mantener actualizada la Circular N°540, se adjuntan las hojas de reemplazo correspondientes.

JUAN ARIZTIA MATTE
SUPERINTENDENTE DE A.F.P.

SANTIAGO, enero 27 de 1989

INDICE GENERAL

I. PENSION DE VEJEZ

A. AFILIADOS QUE CUMPLEN EL REQUISITO DE EDAD PARA PENSIONARSE POR VEJEZ.

1. Requisitos.
2. Solicitud de Pensión de Vejez.
3. Verificación de la afiliación del solicitante de Pensión de Vejez y recuperación de rezagos.
4. Constitución del saldo de la cuenta de capitalización individual.
5. Entrega de la información necesaria para la selección de la modalidad de pensión.
6. Selección de modalidad de pensión.
7. Fecha a partir de la cual se devenga la pensión de vejez.
8. Comunicación que debe efectuar la Administradora a los afiliados que cumplirán la edad legal para pensionarse por vejez.

B. AFILIADOS QUE NO HAYAN CUMPLIDO LA EDAD LEGAL PARA PENSIONARSE POR VEJEZ.

1. Requisitos.
2. Solicitud de Pensión de Vejez anticipada.
3. Determinación del promedio de las remuneraciones imponibles percibidas y rentas declaradas.
4. Confirmación del monto del Bono de Reconocimiento, de parte de las Instituciones de Previsión del Régimen Antiguo.
5. Constitución del saldo efectivo de la cuenta de capitalización individual.
6. Entrega de información al afiliado.
7. Selección de modalidad de pensión.
8. Fecha en que se devenga la pensión de vejez anticipada.

II. PENSION DE INVALIDEZ.

1. Requisitos.
2. Recepción de Solicitudes de Pensión de Invalidez o de Calificación de Invalidez.
3. Procedimiento de revisión de Solicitudes de Pensión de Invalidez y de Calificación de Invalidez.
4. Envío de Solicitud de Calificación de Invalidez a la Comisión Médica Regional.
5. Requerimientos de la Comisión Médica Regional.
6. Respuesta de la Comisión Médica Regional.
7. Procedimiento de reclamo ante la Comisión Médica Central.

8. Procedimiento de reclamo ante la Superintendencia de Seguridad Social.
9. Participación de Médicos Representantes de la Administradora en las sesiones de las Comisiones Médicas Regionales.

III. PENSION DE SOBREVIVENCIA

A. CAUSADA POR UN AFILIADO ANTIGUO.

1. Requisitos.
2. Solicitud de Pensión de sobrevivencia.
3. Verificación de la afiliación del causante de pensión de sobrevivencia y recuperación de rezagos.
4. Fallecimiento por accidente del trabajo o enfermedad profesional.
5. Requisitos que deben cumplir los beneficiarios para tener derecho a pensión de sobrevivencia y documentación que acredita su cumplimiento.
6. Información a la Compañía de Seguros.
7. Constitución del saldo de la cuenta de capitalización individual.
8. Entrega de la información necesaria para la selección de la modalidad de pensión.
9. Selección de la modalidad de pensión.
10. Fecha en que se devenga la pensión.

B. CAUSADA POR UN AFILIADO PASIVO.

1. Si el afiliado hubiere estado pensionado de acuerdo a la modalidad de renta vitalicia inmediata.
2. Si el afiliado hubiere estado pensionado de acuerdo a la modalidad de renta temporal con renta vitalicia diferida y se encontrare percibiendo la renta temporal.
3. Si el afiliado hubiere estado pensionado de acuerdo a la modalidad de renta temporal con renta vitalicia diferida y se encontrare percibiendo la renta vitalicia diferida.
4. Si el afiliado hubiere estado pensionado de acuerdo a la modalidad de retiro programado.

IV. CONSTITUCION DEL SALDO EFECTIVO DE LA CUENTA DE CAPITALIZACION INDIVIDUAL.

A. CAPITAL ACUMULADO.

B. BONO DE RECONOCIMIENTO.

C. APOORTE ADICIONAL.

1. Determinación de la calidad de cotizante de un afiliado siniestrado.
2. Determinación del monto del aporte adicional.
3. Plazo para enterar el aporte adicional.
4. Bases técnicas para la determinación del capital necesario.
5. Ingreso base.

D. TRANSFERENCIA DESDE LA CUENTA DE AHORRO VOLUNTARIO.

**Superintendencia de Administradoras
de Fondos de Pensiones**

E. EMISION CARTOLA RESUMEN PARA BENEFICIOS.

V. MODALIDADES DE PENSION.

A. RENTA VITALICIA INMEDIATA.

1. Definición.
2. Derecho a opción.
3. Condiciones del contrato.
4. Procedimiento para acogerse a renta vitalicia.
5. Pago de prima de renta vitalicia.
6. Disposiciones especiales.

B. RENTA TEMPORAL CON RENTA VITALICIA DIFERIDA.

1. Definición.
2. Derecho a opción.
3. Características de la renta vitalicia diferida.
4. Características de la renta temporal.
5. Procedimiento para acogerse a esta modalidad.
6. Pago de la prima de la renta vitalicia diferida.
7. Ficha de cálculo.
8. Fecha de pago de las pensiones.

C. RETIRO PROGRAMADO.

1. Definición.
2. Derecho a opción.
3. Cálculo de la anualidad.
4. Retiro mensual.
5. Ficha de cálculo.
6. Fecha de pago de la pensión.

VI. OTROS BENEFICIOS.

A. EXCEDENTE DE LIBRE DISPOSICION.

1. Definición.
2. Requisitos para disponer del excedente de libre disposición en las distintas modalidades de pensión.
3. Procedimiento para verificar si el afiliado cumple los requisitos para solicitar excedente de libre disposición.
4. Solicitud de pago del beneficio.
5. Uso del Excedente de Libre Disposición para incrementar el monto de la renta vitalicia.

B. CUOTA MORTUORIA.

1. Definición.
2. Solicitud de pago de la cuota mortuoria.
3. Procedimiento operativo para aquellos casos en que el pago de este beneficio es de responsabilidad de la Administradora.

4. Procedimiento operativo para aquellos casos en que el financiamiento y pago de este beneficio sea de responsabilidad de la Compañía de Seguros.

C. HERENCIA.

1. Fondos que constituyen la Herencia.
2. Requisitos para retirar la Herencia.

VII SITUACIONES ESPECIALES.

A. PENSION PROVISORIA.

1. Requisitos para optar por una pensión provisoria.
2. Monto de las pensiones provisorias.
3. Período de pago.
4. Forma de pago y contabilización.
5. Reliquidación del pago de pensiones.

B. BENEFICIARIOS NO DECLARADOS.

1. Pensionados de vejez e invalidez, sin derecho a aporte adicional.
2. Pensionados de invalidez, con derecho a aporte adicional.
3. Pensiones de sobrevivencia de beneficiarios, sin derecho a aporte adicional.
4. Pensiones de sobrevivencia de beneficiarios, con derecho a aporte adicional.

C. AFILIADOS EXENTOS DE COTIZAR.

D. BENEFICIARIOS DE PENSION QUE HAYAN OPTADO INICIALMENTE POR RETIROS PROGRAMADOS Y DECIDAN CONTRATAR UN SEGURO DE RENTA VITALICIA INMEDIATA O DIFERIDA.

E. ANTICIPO RENTA VITALICIA DIFERIDA.

1. Pensionado por vejez o invalidez.
2. Beneficiarios de pensión de sobrevivencia de un afiliado activo fallecido.

F. DEVOLUCION SUBSIDIO POR INCAPACIDAD LABORAL.

G. RECALCULO Y RELIQUIDACION DE PENSIONES

VIII TRATAMIENTO CONTABLE Y NORMAS DE PAGO DE PENSIONES Y OTROS BENEFICIOS.

A. DEFINICIONES.

B. PAGOS DE PENSIONES SEGUN MODALIDAD RETIROS PROGRAMADOS-RENTA TEMPORAL.

C. PAGOS DE PENSIONES SEGUN MODALIDAD "CUBIERTAS POR EL SEGURO".

D. PAGOS DE PENSIONES FINANCIADAS CON GARANTIA DEL ESTADO.

E. TRANSFERENCIAS DE CAPITAL NECESARIO.

F. PRIMA DE RENTA VITALICIA.

G. PAGOS DEL EXCEDENTE DE LIBRE DISPOSICION.

**Superintendencia de Administradoras
de Fondos de Pensiones**

- H. PAGOS DE HERENCIA.
- I. PAGOS DE CUOTA MORTUORIA.

- J. APOORTE ADICIONAL
- K. TRATAMIENTO PARA CHEQUES PRESCRITOS.

CAPITULO II

PENSION DE INVALIDEZ

PENSION DE INVALIDEZ

1. REQUISITOS

El artículo 4o. 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. RECEPCION DE SOLICITUDES DE PENSION DE INVALIDEZ O DE CALIFICACION DE INVALIDEZ.

2.1. Solicitud formalizada directamente por el afiliado en oficinas de la Administradora.

- a. Para solicitar su pensión de invalidez ante la Administradora que corresponda, los afiliados deberán identificarse con su cédula nacional de identidad y suscribir personalmente 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 ésta.

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

El original debidamente revisado y firmado por el afiliado, o en su defecto con su huella digital del dedo pulgar derecho o izquierdo, será entregado en forma directa junto al formulario "Solicitud de Calificación de Invalidez de trabajador afiliado" y el resto de los antecedentes que se definen mas adelante, a la Comisión Médica Regional. Una copia será ingresada en la carpeta de cuenta individual del afiliado y la copia restante quedará en poder de éste. Tanto el original como las copias deberán llevar la fecha de recepción de la solicitud por la Administradora, debidamente respaldado con el timbre y la firma de un representante responsable.

- c. En el momento en que el afiliado suscriba el formulario "Solicitud Pensión Invalidez", la Administradora deberá informar, verbalmente y por escrito, lo siguiente:

- c.1. El detalle del trámite completo de calificación de invalidez y sus posibles resultados.

c.2. La circunstancia de que el afiliado debe entregar, en la misma sucursal de la Administradora donde presentó su solicitud de pensión de invalidez, y sin perjuicio de lo que se señala en el número 2.2. siguiente, toda la documentación correspondiente a exámenes e informes médicos que desee aportar a la Comisión Médica, con el objeto de respaldar su solicitud. Esta información deberá entregarla el afiliado en la Administradora dentro del plazo de 15 días corridos, desde la presentación de la "Solicitud Pensión Invalidez".

Los exámenes e informes médicos que entregue el afiliado formarán parte del expediente de calificación de invalidez y no le serán devueltos.

Se debe recomendar al afiliado que no se someta a nuevos exámenes con el solo objeto de presentarlos a la Comisión Médica, debido a que ésta, en caso necesario los solicitará.

La Administradora deberá dejar constancia en el formulario "Listado de Antecedentes Médicos" señalado en el **Anexo No. 11**, de toda la documentación recibida, ordenada cronológicamente. El original, firmado por el afiliado o con su huella dactilar del pulgar derecho y la firma de una persona responsable de la A.F.P., será enviado a la Comisión Médica. Una copia de dicho formulario deberá entregarse al afiliado. Cada documento recibido deberá tener el timbre y la fecha de recepción de la Administradora.

Cabe señalar que la Administradora deberá enviar a más tardar el último día hábil de cada mes, una cinta magnética que contenga la información señalada en cada uno de los formularios "Listado de Antecedentes Médicos" que se hubieren recibido en el mes anterior. La información señalada se comenzará a enviar una vez que la Administradora sea comunicada mediante Oficio respecto de las especificaciones técnicas que debe cumplir la cinta magnética.

Si el afiliado no proporciona dentro del plazo de los 15 días ningún tipo de exámenes e informes médicos válidos para la Comisión, la Administradora deberá dejar constancia de ello en el formulario "Listado de Antecedentes Médicos" que se adjunta en el Anexo No. 11 señalando "No se presentaron antecedentes médicos", firmado a continuación por un representante de ésta.

c.3. A los afiliados acogidos a licencia médica, a los empleados públicos y a los afiliados a quienes se le haya rechazado una solicitud por falta de antecedentes en los últimos 6 meses, se les debe informar que en caso de ser acogida su solicitud de pensión de invalidez, pueden optar por una fecha de declaración de invalidez distinta de aquella en la que han solicitado el beneficio. Esta fecha puede ser la de término de licencia médica; la del día siguiente al de cese de funciones o la fecha de una solicitud anterior rechazada por falta de antecedentes, según corresponda. Lo anterior, con el objeto de que el afiliado se lo haga saber al médico de la Comisión en el momento en que se realice la entrevista preliminar.

c.4. Se deberá informar al afiliado del sistema de financiamiento en caso que la Comisión Médica Regional requiera de nuevos exámenes.

- d. Conjuntamente con la suscripción de la "Solicitud Pensión Invalidez", la Administradora deberá solicitar al afiliado la información necesaria para llenar el formulario "Ficha de Datos Personales para Solicitud de Calificación de Invalidez". contenido en el reverso del **Anexo No. 8** de esta Circular.

2.2. Solicitud formalizada a través de terceros.

- a. La Administradora debe recibir aquellas solicitudes de pensión de invalidez entregadas por terceras personas, distintas del afiliado, cuando estas vengan con la firma o huella digital del pulgar derecho o izquierdo de éste último, y acompañadas de un certificado médico que indique que el estado de salud del afiliado le impide su asistencia a las oficinas de la A.F.P.

La Administradora sólo deberá entregar al tercero requirente el formulario "Solicitud Pensión Invalidez" con el objeto que éste obtenga la firma o huella digital del afiliado, para posteriormente devolverlo a la Administradora.

- b. Tratándose de personas que habiten en localidades rurales, el certificado médico a que se hace referencia en el primer párrafo, de la letra a, puede ser reemplazado por un certificado emitido por el auxiliar paramédico dependiente del Servicio de Salud que esté a cargo de la posta rural correspondiente al domicilio del afiliado.

En tales circunstancias, la Administradora deberá enviar un representante al lugar donde se ubique el afiliado, para que dentro del plazo de 15 días corridos desde la fecha de recepción de la solicitud, realice las siguientes funciones:

- Verifique la identidad del afiliado que solicita pensión de invalidez, teniendo a la vista su cédula nacional de identidad.
 - Proporcione la información a que se refiere la letra c del número 2.1. anterior.
 - Complete los antecedentes requeridos en el formulario "Solicitud Pensión Invalidez" y en la ficha "Ficha de datos personales para solicitud de calificación de invalidez".
 - Requiera todos los exámenes e informes médicos que el afiliado desee aportar a la Comisión Médica con el objeto de respaldar su solicitud.
- c. El representante de la Administradora que concurra al domicilio del afiliado deberá ir acompañado de un médico cirujano quien, previo un examen al afectado, deberá dejar constancia de su impedimento o, en su caso habilitación para concurrir a la Administradora y a la respectiva Comisión Médica. Este informe será entregado a la Administradora y enviado por esta a la Comisión Médica Regional.

- d. Si el afiliado, que se encuentre en la situación señalada en las letras a y b anteriores, no dispone de una fotografía que reúna las características solicitadas en el número 2.1. anterior, la Administradora deberá dejar constancia de este hecho en una carta, de formato libre, dirigida al Presidente de la Comisión Médica.
- e. También se aplicarán los procedimientos señalados en las letras a, b, c y d anteriores a aquellos afiliados que soliciten por carta o telegrama su pensión de invalidez, cuando la Administradora no cuenta con sucursales para atención de público en el lugar de trabajo o domicilio.

La Administradora deberá cumplir con lo señalado en la letra b anterior, y lo dispuesto en las letras c y d, si procediere, a contar desde la fecha de recepción del telegrama o carta. Esta misma fecha regirá para el formulario "Solicitud Pensión Invalidez".

2.3. Solicitudes de Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES).

En virtud de lo establecido en el inciso 5 del Art. No. 18 del D.F.L. No. 3 de 1981, las Instituciones de Salud Previsional pueden, en casos calificados, solicitar a las Comisiones Médicas de esta Superintendencia, la declaración de invalidez de sus cotizantes afiliados a alguna Administradora de Fondos de Pensiones.

Cuando una Administradora reciba una solicitud de calificación de invalidez por parte de una Isapre, deberá considerar en su tramitación, el siguiente procedimiento:

- a. Las Instituciones de Salud Previsional deberán entregar la solicitud de calificación de invalidez en la Administradora, utilizando el formulario "Solicitud de Calificación de Invalidez - ISAPRE, señalado en el **Anexo No. 8-B**, de la presente Circular.

La Administradora sólo deberá recibir el mencionado formulario si este cumple con las siguientes formalidades:

- a.1. Que venga acompañado con sus respectivas copias y firmado por el representante legal de la Isapre.
- a.2. Simultáneamente, la Administradora deberá recibir la información de respaldo utilizada por la Isapre para solicitar la calificación de invalidez. Toda información de respaldo debe contener a lo menos un informe sobre licencias médicas. Este informe debe contener el número de licencias médicas otorgadas al afiliado por la Isapre, la extensión de éstas, la patología invocada en cada una de ellas y el nombre del profesional que las extendió. El informe deberá acompañarse de fotocopias de los documentos originales de licencias médicas en poder de la Isapre.

El original del formulario "Solicitud de Calificación de Invalidez" debidamente firmado por un representante de la Administradora, con fecha y timbre de recepción, se enviará a la Comisión Médica junto con la documentación señalada precedentemente. Una copia será ingresada en la respectiva carpeta

**Superintendencia de Administradoras
de Fondos de Pensiones**

de cuenta individual y la segunda copia se entregará al representante de la Isapre.

Sólo se aceptarán solicitudes sin el informe de licencias médicas cuando el representante legal de la Isapre declare en el mismo formulario "Solicitud de Calificación de Invalidez-Isapre" que no se tiene información respecto de licencias médicas del afiliado a quien se está solicitando su calificación de invalidez.

- b. Tratándose de Solicitudes de Calificación de Invalidez para afiliados menores de 60 o 65 años, respectivamente, la Administradora, dentro de los dos días hábiles siguientes al de recibida conforme la solicitud presentada por la Isapre, la que puede ser rechazada o aprobada por la Comisión Médica Regional, y en caso de ser aceptada la solicitud de calificación de invalidez, esta generará pensiones de invalidez en la medida que suscriba el formulario correspondiente antes de la emisión del dictamen respectivo.

Para la suscripción de la solicitud, se deben contemplar los mismos plazos y procedimientos señalados en los números 2.1. y 2.2. anteriores.

2.4. Solicitudes de Calificación de Invalidez de Beneficiario Hijo o Cónyuge.

El artículo 7o. del D.L. 3.500, de 1980, otorga el derecho a pensión de sobrevivencia al cónyuge inválido de una afiliada fallecida. La declaración de invalidez se hará por una Comisión Médica de la Superintendencia, de acuerdo a lo establecido en el Art. 4o. del mismo cuerpo legal.

El cónyuge, para solicitar su calificación de invalidez, deberá cumplir con los siguientes requisitos, a menos que tuviere hijos comunes con la causante:

- Haber contraído matrimonio con la causante a lo menos con seis meses de anterioridad a la fecha de su fallecimiento, o
- Haber contraído matrimonio con la causante a lo menos con tres años de anterioridad si este se verificó siendo la causante pensionada de vejez o invalidez.

Asimismo, el Art. 8o. del D.L. 3.500 establece que los hijos del afiliado fallecido, para gozar de pensión de invalidez deben ser declarados inválidos, cualquiera sea su edad, siempre que la invalidez se haya producido antes de que cumplan las edades máximas de 18 o 24 años, según sea el caso.

Para solicitar su calificación de invalidez ante la Comisión Médica Regional, el beneficiario o su apoderado, deberá previa acreditación de la relación de parentesco del beneficiario con el afiliado, lo cual se verificará con su cédula nacional de identidad y certificado de nacimiento o de matrimonio cuando corresponda, suscribir el formulario "Solicitud de Calificación de Invalidez cónyuge-hijo de afiliado", que se señala en el **Anexo No. 8-A**, de la presente Circular.

Este formulario deberá confeccionarse en original y dos copias. El original debidamente firmado por un representante de la Administradora, con fecha y timbre de recepción, se enviará a la Comisión Médica Regional, una copia quedará en la carpeta individual del afiliado y la otra se entregará al beneficiario solicitante.

Para los efectos de la suscripción del formulario, la entrega de la fotografía y la recepción de la documentación que se desee aportar a la Comisión Médica, la Administradora deberá seguir las instrucciones contenidas en los números 2.1 y 2.2 anteriores.

La Administradora deberá señalar en este formulario el nombre de la Compañía Aseguradora encargada de enterar el Aporte Adicional si el causante tuviere derecho a éste. Lo anterior, debe realizarlo la Administradora cuando se trate de beneficiarios de causantes declarados inválidos o fallecidos, cuyo monto del aporte adicional no ha sido notificado por la Compañía de Seguros a la Administradora a la fecha de la suscripción del formulario "Solicitud de Calificación de Invalidez" por parte del beneficiario.

3. PROCEDIMIENTO DE REVISION DE SOLICITUDES DE PENSION DE INVALIDEZ Y DE CALIFICACION DE INVALIDEZ.

La Administradora dispone de un plazo de 15 días corridos, contado desde el día en que recibe la solicitud de pensión de Calificación de Invalidez, para revisar y completar la información recibida. La Administradora deberá solicitar, a más tardar al día siguiente hábil de recibida la solicitud, la respectiva calificación a la Comisión Médica. Previo al envío de la solicitud de calificación a la Comisión Médica, la Administradora deberá verificar lo siguiente:

3.1. Verificación de edad y solicitudes en trámite.

Se deberá verificar con la información en poder de la Administradora que el solicitante a pensión de invalidez sea menor de 60 o 65 años, según sea mujer u hombre. Asimismo, se deberá revisar que no se encuentre en proceso de trámite alguna solicitud anterior del afiliado o beneficiario, según corresponda.

Si se detectare que el afiliado es mayor que las edades establecidas o que el solicitante tiene una solicitud de calificación de invalidez anterior pendiente, la Administradora deberá rechazar la última solicitud presentada, informando de ello al interesado.

3.2. Verificación de último empleador y dirección declarada.

Tratándose de solicitudes de pensión de invalidez solicitadas por los afiliados, la Administradora deberá contrastar la información proporcionada por el afiliado respecto de su domicilio y de su último empleador. Si existieren discrepancias con la información referida al empleador proveniente de las planillas de cotizaciones o con el domicilio del afiliado registrado en los archivos de la Administradora, se deberá dejar constancia de ello mediante carta que se enviará a la Comisión Médica con el resto de los antecedentes.

3.3. Jurisdicción.

Si se verifica que la dirección del empleador o del solicitante, según corresponda, consignada en el formulario "Solicitud Pensión Invalidez" corresponde a una región distinta a aquella donde fue recibido, el trámite de calificación de invalidez se hará en la Comisión Médica correspondiente a la región del domicilio del empleador o del solicitante, si corresponde, consignado, tomando la Administradora las providencias

**Superintendencia de Administradoras
de Fondos de Pensiones**

necesarias con el objeto de enviar a la Comisión respectiva la solicitud de calificación de invalidez y el resto de los antecedentes que la acompañan.

3.4 Validación de la documentación proporcionada por el afiliado.

Toda la documentación que entregue el afiliado para respaldar su solicitud de calificación de invalidez, debe ser sometida al siguiente análisis formal:

a. Informes médicos.

Estos informes deben cumplir con los siguientes requisitos:

- Corresponder a documentación original, sin que se acepten fotocopias, aún cuando estén autorizadas ante notario.
- Indicar fecha de emisión.
- Contener la firma y el nombre completo del profesional informante (nombres y apellidos paterno, y al menos la inicial del apellido materno).
- No contener enmendaduras, borrones, tarjaduras o correcciones de ninguna especie, a menos que el propio profesional informante certifique en el mismo documento su validez.
- Indicar la dirección o el lugar donde fue extendido el certificado o exámen.
- Incluir membrete con la identificación completa del Hospital o Centro Médico, según corresponda.
- Contener la autenticación dispuesta en la sección II de la Circular No. 570, cuando a juicio de la Administradora las características formales del documento así lo acrediten, anticipándose a un futuro requerimiento de la Comisión, en tal sentido.

b. Exámenes de laboratorio o especialidad.

Los exámenes de laboratorio o especialidad señalados en **Anexo No. 11-B**, deben recibirse completos, es decir, incluyendo un medio gráfico (rayos X, trazado electroencefalográfico, gráfico de campos visuales, etc.) y un informe de resultado elaborado por un especialista, que incluya una interpretación del medio gráfico. La Administradora solo aceptará estos exámenes cuando se incluyan ambos antecedentes.

Los informes de resultado deben cumplir con las mismas formalidades señaladas en la letra a anterior.

Tratándose de placas radiográficas, éstas deben contener en forma impresa mediante el mismo sistema gráfico utilizado para tomarlas, el nombre, la fecha y el número de cédula de identidad del interesado. Los otros tipos de medios gráficos deben tener la misma identificación que la solicitada en las placas radiográficas.

Cualquier documentación entregada por un afiliado que no cumpla con las formalidades señaladas precedentemente, deberá ser devuelta al interesado e

**Superintendencia de Administradoras
de Fondos de Pensiones**

indicarse esta circunstancia en la columna "No objetivo" del formulario "Listado de Antecedentes Médicos".

Igual procedimiento deberá utilizarse para la validación de la documentación presentada para la calificación de invalidez de beneficiarios.

3.5. Informe de Remuneraciones/Rentas.

La Administradora deberá acompañar un informe que contenga una detallada relación del monto de las remuneraciones o rentas por las cuales hizo cotizaciones el afiliado y el nombre del o los correspondientes empleadores o entidades pagadoras de subsidios, según corresponda. Dicho informe deberá confeccionarse en un formato que contenga al menos lo señalado en el **Anexo No. 11-A** y deberá considerar a lo menos la información que disponga la Administradora de los últimos tres años.

3.6. Informe de solicitudes de calificación de invalidez anteriores.

Se informará a la Comisión Médica Regional, basándose en los antecedentes contenidos en la carpeta de cuenta individual del afiliado, si se ha encontrado alguna solicitud de calificación de invalidez o requerimiento de Isapre anterior. En caso afirmativo, se señalará el número de dictamen o resolución correspondiente, y el nombre de la Administradora que la solicitó. Lo mismo se hará cuando se trate de solicitudes de beneficiarios, cónyuges o hijos.

3.7 Formulario "Solicitud Calificación de Invalidez del trabajador afiliado".

La Solicitud de Calificación de Invalidez del trabajador afiliado deberá realizarla la Administradora, enviando al Presidente de la Comisión Médica Regional respectiva, 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. Este formulario no es aplicable a solicitudes de calificación de invalidez efectuadas por Isapres.

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	101
COMISION MEDICA	I REGION ARICA	201
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 MONTT	210
COMISION MEDICA	XI REGION COYHAIQUE	011
COMISION MEDICA	XII REGION PUNTA ARENAS	012
COMISION MEDICA No. 1	REGION METROPOLITANA SANTIAGO	113
COMISION MEDICA No. 2	REGION METROPOLITANA SANTIAGO	213
COMISION MEDICA No. 3	REGION METROPOLITANA SANTIAGO	313

- Dos dígitos para el año.

El formulario solicitud de calificación de invalidez deberá indicar el porcentaje de cargo del afiliado del arancel establecido por la Ley 18.469. Para estos efectos se deberá considerar la clasificación según nivel de ingresos que establece el artículo 29 de la referida Ley.

Se entenderá por ingreso mensual lo siguiente:

- a. El promedio de las tres últimas remuneraciones imponibles percibidas cuyas cotizaciones se encuentran registradas en el último estado de cuenta de capitalización individual emitido con anterioridad a la fecha de la solicitud de pensión de invalidez, para los trabajadores dependientes que se encuentren prestando servicios.
- b. El promedio mensual de las seis últimas rentas declaradas cuyas cotizaciones se encuentran registradas en el último estado de cuenta de capitalización individual emitido con anterioridad a la fecha de la solicitud de pensión de invalidez, para los trabajadores independientes.
- c. Los afiliados carentes de recursos acreditarán esa calidad mediante el último comprobante de pago del subsidio de cesantía si se encontraren acogidos a dicho subsidio, o con un informe social de la Municipalidad correspondiente a su domicilio, o en su defecto un informe social de la Administradora.
- d. El afiliado que no acredite su ingreso mensual será clasificado en el grupo d, lo que se informará a la Comisión Médica señalando en el formulario respectivo "50%".

**Superintendencia de Administradoras
de Fondos de Pensiones**

Sin perjuicio de lo anterior, la Administradora que desee financiar los exámenes en mayor proporción que lo que habría correspondido, bastará con que señale en el formulario correspondiente el porcentaje de costo para el afiliado.

Para las solicitudes de calificación de invalidez de beneficiarios, cónyuges o hijos, la Administradora deberá considerar en la determinación del ingreso mensual, el monto de la pensión del afiliado inválido, o en su defecto, la pensión de sobrevivencia del grupo familiar. Si no se estuviere pagando pensión, se considerará el monto estimado de la pensión a pagar.

- 3.8 Tratándose de solicitudes de calificación de invalidez correspondientes a beneficiarios, cónyuge o hijos, la Administradora deberá verificar que éstos cumplan con los requisitos para solicitar este beneficio establecidos en el D.L. 3.500 y que se señalan en el cuarto párrafo del número 2.4. anterior.

En caso de detectarse alguna solicitud que no cumpliera con lo dispuesto en la Ley, se deberá suspender el trámite y la Administradora deberá notificar esta situación por carta al afiliado. Una copia de la notificación deberá ingresarse en la respectiva carpeta de cuenta individual.

La Administradora deberá verificar la afiliación y efectuar la recuperación de rezagos de acuerdo a lo dispuesto en el punto A.3 del Capítulo I de esta Circular. No obstante, si se detectare múltiple-afiliación, la Administradora receptora de la solicitud o el requerimiento, deberá continuar con la tramitación de la calificación de invalidez, sin perjuicio de que la A.F.P. dé término será la responsable del otorgamiento del beneficio..

4. ENVIO DE SOLICITUD DE CALIFICACION DE INVALIDEZ A LA COMISION MEDICA REGIONAL.

Tratándose de solicitudes de pensión de invalidez presentadas por afiliados o solicitudes de calificación de invalidez presentadas por Isapres, la Administradora, una vez cumplidos los procedimientos señalados en el número 3 anterior, deberá enviar la correspondiente solicitud, con todos sus antecedentes a la Comisión Médica de la Superintendencia, que corresponda de acuerdo al lugar de trabajo del afiliado. Dicho envío debe realizarse a más tardar al día siguiente hábil al del término del plazo de los 15 días corridos con que cuenta para analizar y completar las solicitudes recibidas.

En el caso de afiliados independientes, desempleados o cuyos servicios se encuentren suspendidos, la invalidez deberá ser calificada por la Comisión Médica correspondiente al domicilio del afiliado.

4.1. Solicitudes de afiliados, documentación a enviar.

La Administradora deberá enviar por mano a la respectiva Comisión Médica, dentro de un sobre, la siguiente documentación:

- a. Solicitud Calificación Invalidez de trabajador afiliado (Anexo No. 8)
- b. Solicitud Pensión Invalidez. (Anexo No. 1)
- c. Listado de Antecedentes Médicos. (Anexo No. 11)
- d. Antecedentes médicos aportados por el afiliado.

**Superintendencia de Administradoras
de Fondos de Pensiones**

- e. Informe del médico de la Administradora que acredite que las dolencias le impiden al afiliado concurrir a la Administradora y a la Comisión Médica. Sólo si procede (Formato libre).

- f. Carta de un representante de la Administradora al Presidente de la Comisión cuando no se incluya la fotografía del afiliado en la solicitud. (Formato libre)
- g. Carta de un representante de la Administradora cuando se detecten discrepancias de dirección y nombre empleador (Formato libre)
- h. Informe de rentas (Anexo No. 11-A).
- i. Informe de solicitudes de calificación de invalidez anteriores. (Formato libre).

Esta documentación deberá ser acompañada de un inventario de formato libre cuya copia, al igual que una copia del formulario "solicitud de calificación de invalidez de trabajador afiliado", será firmada y timbrada por la secretaria de la Comisión en señal de recepción. El original se agregará al resto de la documentación.

No es necesario describir en el inventario la totalidad de los antecedentes aportados por el afiliado por cuanto eso se hace en el formulario "Listado de Antecedentes Médicos".

4.2. Solicitudes de beneficiarios, documentación a enviar.

Tratándose de solicitudes de calificación de invalidez de beneficiarios, la Administradora deberá enviar por mano a la respectiva Comisión Médica, dentro de un sobre, la siguiente documentación:

- a. Solicitud de calificación de invalidez cónyuge-hijo de afiliado. (anexo No. 8-A).
- b. Listado de Antecedentes médicos. (anexo No. 11).
- c. Antecedentes médicos aportados.
- d. Informe del médico de la Administradora que acredite que las dolencias le impiden al beneficiario concurrir a la Administradora y a la Comisión Médica. Sólo si procede. (Formato libre).
- e. Carta de un representante de la Administradora al Presidente de la Comisión cuando no se incluya la fotografía del beneficiario. (Formato libre).
- f. Informe de solicitudes de calificación de invalidez anteriores. (Formato libre).

Lo anterior deberá ser acompañado de un inventario de formato libre cuya copia, al igual que una copia del formulario "Solicitud de Calificación de Invalidez cónyuge-hijo de afiliado", será firmado y timbrado por la secretaria de la Comisión en señal de recepción. El original se agregará al resto de la documentación.

4.3. Solicitudes de Isapres, documentación a enviar.

Tratándose de solicitudes de calificación de invalidez realizados por Isapres, se remitirá a la Comisión médica, dentro de un sobre, la siguiente documentación:

**Superintendencia de Administradoras
de Fondos de Pensiones**

- a. Solicitud de calificación de invalidez. (Anexo No. 8-B).
- b. Antecedentes de respaldo para la calificación de invalidez.

- c. Informe de solicitudes de calificación de invalidez anteriores. (Formato libre).

Lo anterior deberá ser acompañado de un inventario de formato libre cuya copia, será firmado por la secretaria de la Comisión en señal de recepción. El original se agregará al resto de la documentación.

5. REQUERIMIENTOS DE LA COMISION MEDICA REGIONAL.

5.1. Validación de Documentación.

Durante el proceso de calificación de invalidez, la Comisión Médica Regional puede solicitar a la Administradora la autenticación de algunos antecedentes proporcionados por los afiliados, beneficiarios o Isapres, para respaldar sus respectivas solicitudes o requerimientos. Para ello, la Administradora deberá aplicar la mayor diligencia para dar cumplimiento a lo solicitado y ceñirse a los procedimientos que para tal efecto se ha dispuesto en la Circular No. 570.

5.2. Solicitudes de Exámenes.

La Comisión Médica Central o las Comisiones Médicas Regionales, pedirán exámenes a los afiliados cuyo costo será financiado por éstos y por las Administradoras, en virtud de lo dispuesto en el artículo 11 del D.L. 3.500,

- a. Las Administradoras financiarán aquella parte del costo de los exámenes no financiado por los afiliados, quienes a su vez pagarán sólo el monto que les habría correspondido pagar si dicha prestación se hubiere realizado en un Servicio de Salud y de acuerdo con lo establecido en el artículo 30 de la Ley 18.469.
- b. Los exámenes requeridos por las Comisiones Médicas, serán solicitados sólo a los especialistas o laboratorios que se encuentren inscritos en el Índice de Médicos Interconsultores" o "Índice de Instituciones autorizadas para emitir exámenes", según corresponda, que llevará esta Superintendencia.
- c. La Administradora podrá proponer médicos especialistas, a nivel regional, distintos de los que integran las Comisiones Médicas. Para este efecto, el médico especialista, patrocinado por una Administradora, deberá suscribir a través de ésta una solicitud de ingreso, señalada en el **Anexo No. 9**, al índice respectivo.

Para los exámenes de laboratorio o especialidad, la Administradora, al igual que en el caso de los médicos especialistas, podrán proponer laboratorios o instituciones. Para ello dichas instituciones, a través de su representante legal y por intermedio de la Administradora, deberán suscribir una solicitud, señalada en el **Anexo No. 10**, de ingreso al índice respectivo.

Esta Superintendencia evaluará cada solicitud y responderá a la Administradora, aceptando o rechazando la solicitud.

- d. Los informes o exámenes se orientarán hacia aquellos especialistas o instituciones propuesto por la Administradora donde se encuentre afiliado el

Superintendencia de Administradoras de Fondos de Pensiones encuentra el origen de la referencia.

trabajador.

Sin embargo, la Comisión Médica podrá recurrir a otros médicos o Instituciones no patrocinados por la Administradora. En ambos casos, el profesional o institución respaldará el cobro de sus honorarios con la copia de la "Orden Examen Laboratorio o Especialidad" o de la "Orden Examen Médico Interconsultor", según corresponda. Ambas copias de órdenes de examen irán con la firma del Presidente de la Comisión Médica o el miembro integrante que lo reemplace.

- e. Con el objeto de facilitar el cobro de los honorarios de los médicos interconsultores o las instituciones no patrocinadas por la Administradora, se deberá enviar a cada Comisión Médica, con copia a la Superintendencia, una carta donde se señale el nombre y la dirección de la persona responsable en cada región del pago de los servicios. Dicha información deberá estar permanentemente actualizada.

Esta instrucción rige también para aquellas Administradoras que si bien no tienen locales de atención de público en una región determinada, tienen afiliados en esa región.

- f. La Administradora deberá considerar un plazo máximo de 10 días corridos para el pago de los honorarios de los médicos interconsultores e instituciones a que se refiere la letra anterior.

Este plazo se contará a partir de la recepción por parte de la persona responsable de la A.F.P. de las boletas de honorarios o facturas con sus correspondientes copias de ordenes de exámenes.

Sin embargo, si se determinare que no procede algún pago, se deberá comunicar por escrito y con copia a esta Superintendencia tal situación al médico o laboratorio correspondiente.

- g. La Administradora deberá financiar, en iguales condiciones que a sus afiliados, los gastos derivados de solicitudes de calificación de invalidez de beneficiarios.

Tratándose de solicitudes de calificación de invalidez realizados por Isapres, estas financiarán la totalidad del costo de los exámenes.

6. RESPUESTA DE LA COMISION MEDICA REGIONAL.

La decisión de la Comisión Médica Regional 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 será notificada de los siguientes tipos de decisiones por parte de la Comisión Médica Regional, respecto de la Calificación de Invalidez del afiliado o beneficiario:

- 6.1. Suspensión temporal o ampliación del plazo de trámite de la invalidez.

La Comisión Médica podrá suspender el plazo de 60 días para dictaminar, en los

**Superintendencia de Administradoras
de Fondos de Pensiones**

siguientes casos:

- Por haberse efectuado consultas al Servicio de Salud o a 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.
- Por encontrarse pendiente exámenes médicos requeridos dentro del plazo, pero postergados por razones administrativas en los servicios médicos a los que debe recurrir el trabajador.
- Por existir razones clínicas que precisan la postergación de los exámenes que deban practicarse al afiliado.

La suspensión del plazo de dictamen 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, la Administradora deberá ceñirse al procedimiento que corresponda, según lo señalado en los puntos 6.2 o 6.3 siguientes.

6.2. Dictamen que rechaza la invalidez del afiliado.

El dictamen podrá rechazar la solicitud de pensión de invalidez del afiliado por alguna de las siguientes causas:

- a. El afiliado no presenta el requisito de pérdida de a lo menos dos tercios de su capacidad de trabajo.

El afiliado o la Administradora podrán reclamar del dictamen ante la Comisión Médica Central, de acuerdo al procedimiento descrito en el número 7 siguiente.

Si la Administradora fuera notificada de una reclamación por parte del afiliado, o si la Administradora interpusiera un reclamo sobre el dictamen de la Comisión Médica Regional y, en cualquiera de los casos la Comisión Médica Central emitiera una resolución acogiendo la invalidez del afiliado, la Administradora deberá proceder de acuerdo a lo señalado en el número 6.3 siguiente y dará apertura al Expediente de Pensión, archivando la solicitud de pensión de invalidez, el dictamen y la resolución que aprobó la invalidez del afiliado.

Si no se presentará reclamación o si interpuesto el reclamo, la Comisión Médica Central no acogiere la invalidez del afiliado, la Administradora deberá archivar en la carpeta de cuenta individual el dictamen y la resolución, si procediere, dando por finalizado el trámite de pensión de invalidez.

- b. Invalidez de naturaleza laboral.

En este caso, el afiliado deberá solicitar el beneficio en la institución de previsión a la cual le corresponde otorgar las prestaciones causadas por accidente del trabajo o enfermedad profesional. La Administradora deberá archivar el dictamen y la resolución, si procediere, en la carpeta de cuenta individual y dará por

**Superintendencia de Administradoras
de Fondos de Pensiones**

finalizado el trámite de pensión de invalidez.

c. Fallecimiento del afiliado.

Una vez notificada la Administradora del dictamen rechazado por fallecimiento del afiliado, deberá proceder a abrir el Expediente de Pensión de Sobrevivencia con el dictamen y el certificado de defunción correspondiente.

d. Desistimiento del afiliado.

En este caso la Administradora deberá archivar el dictamen en la carpeta individual y dará por finalizado el trámite de solicitud de pensión de invalidez.

e. No concurrencia del afiliado a la Comisión Médica Regional.

La Administradora deberá proceder de acuerdo a lo señalado en la letra d. anterior.

f. Caso Extrajurisdiccional.

La Administradora deberá informar al afiliado de tal situación y deberá iniciar nuevamente el trámite de solicitud de calificación de invalidez en la Comisión Médica Regional que corresponda al lugar de trabajo o domicilio del afiliado, según proceda, archivando el dictamen que rechazó la invalidez en la carpeta de cuenta de capitalización individual.

g. Trabajador mayor de 60 o 65 años.

La Administradora deberá archivar el dictamen en la carpeta individual del afiliado y notificar a éste de tal situación, indicándole que puede solicitar el beneficio de pensión de vejez de acuerdo a las normas impartidas en el Capítulo I de esta Circular.

h. Término del plazo de suspensión.

La Administradora deberá archivar el dictamen en la carpeta de cuenta de capitalización individual e informar al afiliado que puede iniciar nuevamente el trámite, concurriendo a la Administradora a suscribir una nueva solicitud de pensión de invalidez.

6.3. Dictamen que aprueba la invalidez del afiliado.

Si no se presentará reclamación o si interpuesto el reclamo, la Comisión Médica Central no lo acogiera, la Administradora deberá dar apertura al Expediente de Pensión definido en el Capítulo X de esta Circular e iniciar el procedimiento que se define a continuación.

Se entiende ejecutoriado un dictamen si el afiliado, la Administradora o la Compañía de Seguros no interponen un reclamo en contra de él dentro del plazo de 15 días hábiles desde la fecha de notificación o, habiéndose interpuesto un reclamo, éste ha sido tramitado, fallado y notificado a las partes.

Superintendencia de Administradoras de Fondos de Pensiones

En esta situación se debe considerar el siguiente procedimiento a seguir:

- a. Notificación del dictamen al empleador.

La Administradora deberá notificar al empleador el dictamen de invalidez, dentro de los diez días siguientes a la fecha en que este haya quedado ejecutoriado.

La notificación deberá hacerse por carta certificada dirigida al domicilio del empleador y en ella se indicará el nombre completo y RUT del afiliado declarado inválido, el número y fecha del dictamen de la Comisión Médica Regional, el número y fecha de la resolución de la Comisión Médica Central que haya declarado la invalidez, si procediere, y la fecha a contar de la cual se ha devengado la pensión de invalidez.

b. Información a la Compañía de Seguros.

Dentro de los 25 días siguientes de recepcionado el dictamen que declara la invalidez del afiliado, la Administradora deberá informar a la Compañía de Seguros que le corresponda enterar el aporte adicional, la pensión de referencia del afiliado y la composición del grupo familiar, siempre y cuando el interesado hubiere presentado la documentación pertinente. En caso contrario, la Administradora solicitará al interesado la documentación faltante y le comunicará la imposibilidad de enterar el aporte adicional sin esos antecedentes.

c. Constitución del saldo de la cuenta de capitalización individual.

La Administradora deberá ceñirse a las normas impartidas en el capítulo IV de la presente Circular para constituir el saldo de la cuenta de capitalización individual del afiliado declarado inválido.

d. Entrega de la información necesaria para la selección de la modalidad de pensión.

Dentro de los seis días hábiles siguientes de emitida la "cartola resumen para beneficios", definida en el capítulo IV de esta Circular, la Administradora deberá poner a disposición del afiliado la información necesaria para seleccionar la modalidad de pensión señalado en el punto A.5 y el folleto explicativo definido en A.8.3. del capítulo I de esta Circular.

Para los efectos de la emisión del certificado de saldo y la estimación de la renta temporal por unidad de saldo, la Administradora deberá considerar el saldo de la cartola referida en el párrafo anterior.

En este caso, también será aplicable lo dispuesto en el tercer párrafo, del punto 5., del capítulo I de esta Circular.

Asimismo, la Administradora deberá informar al afiliado que, en caso de contar con cónyuge o hijo que puedan ser declarados inválidos, se deberá presentar la respectiva solicitud de calificación de invalidez antes que se materialice la comunicación del monto del Aporte Adicional que hará la Compañía de Seguros, a que se refiere el Art. 60 del D.L. 3.500. En caso contrario, se aplicarán las normas establecidas en el inciso segundo del artículo 70 del mismo cuerpo legal para el cálculo de las pensiones que posteriormente se generen por este concepto.

e. Selección de la modalidad de pensión.

Superintendencia de Administradoras de Fondos de Pensiones encuentra el origen de la referencia.

El afiliado deberá ceñirse a las normas impartidas en el número A.6 del capítulo I de esta Circular para hacer efectiva su pensión.

En todo caso, si el afiliado, dentro de los noventa días siguientes a la fecha en que queda ejecutoriado el dictamen de invalidez, no opta por alguna de las modalidades definidas en el capítulo V, se entenderá que ha optado por contratar una renta vitalicia inmediata con la misma Compañía de Seguros que deba pagar el aporte adicional. No obstante, si la renta vitalicia convenida resulta inferior a la pensión mínima de vejez garantizada por el Estado, el afiliado deberá acogerse a retiro programado.

Si el dictamen que declara la invalidez ha sido objeto de reclamación, el plazo de noventa días se contará desde la fecha de emisión de la resolución de la Comisión Médica Central.

Asimismo, si el afiliado inválido hubiere registrado cotizaciones en alguna institución de previsión del régimen antiguo y su Bono de Reconocimiento no hubiere sido liquidado, y siempre que tuviere derecho a éste, el plazo precedentemente señalado se extenderá hasta el día 15 del mes subsiguiente a aquél en que el Bono sea liquidado. Tratándose de situaciones en que por no pago oportuno del Bono de Reconocimiento o por la interposición de un reclamo para solucionar problemas previsionales, el afiliado requiera pago de pensión provisorio, no deberá entenderse que ha optado por la modalidad de retiros programados.

f. Fecha en que se devenga la pensión de invalidez.

La pensión de invalidez se devenga a contar de la fecha de recepción por parte de la Administradora de la solicitud de pensión de invalidez, fecha que estará consignada en el dictamen o resolución que concede la invalidez del afiliado.

Sin perjuicio de lo anterior, la Comisión Médica Regional, en casos calificados, podrá acordar como fecha de otorgamiento de la pensión, la de una solicitud de pensión de invalidez presentada anteriormente, dentro de los seis meses precedentes, que hubiere sido rechazada por falta de antecedentes.

Asimismo, las Comisiones Médicas podrán acordar, a petición del afiliado, como fecha de otorgamiento de la pensión, la de término del período de subsidio por incapacidad laboral.

En el caso de los trabajadores del sector público, las Comisiones Médicas deberán fijar como fecha de otorgamiento de la pensión el día siguiente al del cese de funciones dispuesta en el decreto de la institución empleadora.

g. Pérdida de capacidad de trabajo mayor de dos tercios, ocurrida con anterioridad a la afiliación.

g.1. De acuerdo a lo dispuesto en el artículo 5o. de la Ley No. 18.753, de 1988, a contar del 28 de octubre de 1988, la Administradora no debe procesar Solicitudes de Desafiliación que invoquen la situación contemplada en la letra c) del artículo 1o. de la Ley No. 18.255, de 1983.

g.2. La Administradora que reciba un dictamen o una resolución de invalidez de

**Superintendencia de Administradoras
de Fondos de Pensiones**

un afiliado que haya sido imponente de alguna institución de previsión del régimen antiguo, que establezca que la invalidez se hubiere producido con anterioridad a la fecha de afiliación al sistema, deberá ceñirse al siguiente procedimiento:

- g.2.1. Dentro de los diez días siguientes a la fecha en que el dictamen haya quedado ejecutoriado, deberá determinar la institución de previsión del régimen antiguo en que el afiliado enteró su última cotización antes de afiliarse a alguna Administradora.

Esta información deberá ser obtenida del Documento Bono de Reconocimiento, o de la Solicitud de Bono de Reconocimiento o del propio afiliado.

- g.2.2. En el mismo plazo señalado en el punto g.2.1. anterior, la Administradora deberá requerir a la institución de previsión del régimen antiguo que corresponda, el monto de la pensión que le habría correspondido al afiliado a la fecha de la solicitud de pensión, si se hubiere pensionado por dicha institución de previsión.

Para este efecto, la Administradora deberá utilizar el formulario señalado en el Anexo No. 11-C de esta Circular, en el cual se detallarán cada una de las remuneraciones cuyas cotizaciones se hubieren percibido entre la fecha de afiliación al sistema y la fecha de la solicitud de pensión de invalidez. Conjuntamente con el formulario "Solicitud de Pensión de Referencia-Ley No. 18.753", deberá enviar copia del Dictamen o Resolución de Invalidez a la institución de previsión correspondiente.

La "Solicitud de Pensión de Referencia" deberá ser confeccionada en original y copia. El original será entregado a la institución de previsión y la copia quedará en el Expediente de Pensión del afiliado debidamente timbrada con fecha de recepción por parte de la institución receptora.

- g.2.3. La institución de previsión notificará a la Administradora, dentro del plazo de 30 días contado desde la fecha de recepción de la "Solicitud de Pensión de Referencia" el monto de la pensión que le habría correspondido al afiliado si se hubiere pensionado en dicha institución.

- g.2.4. Dentro de los 30 días siguientes de liquidado el Bono de Reconocimiento y su complemento, si correspondiere, y siempre que la Administradora hubiere sido notificada de la pensión de referencia que correspondía al afiliado, ésta deberá informar a la institución de previsión del régimen antiguo el monto del aporte adicional y solicitar el pago de éste, utilizando el formulario "Solicitud de Aporte Adicional - Ley No. 18.753" que se adjunta en el anexo No. 11-D.

Este formulario deberá ser confeccionado en original y copia. El original será entregado a la institución de previsión y la copia se archivará en el expediente de pensión debidamente timbrada con fecha de recepción por parte de la institución receptora.

En el evento de que la pensión de referencia le fuere notificada a la Administradora en una fecha posterior a la liquidación del Bono de Reconocimiento, el plazo precedentemente señalado podrá postergarse hasta 10 días hábiles después de la notificación de la pensión de referencia.

- g.2.5. El aporte adicional se determinará de acuerdo al procedimiento señalado en el número 2., letra C., del capítulo IV de esta Circular, entendiéndose por pensión de referencia el monto de la pensión informada por la institución de previsión del régimen antiguo.
- g.2.6. A más tardar al día hábil siguiente de recibida la liquidación del aporte adicional, la Administradora procederá a abonarlo a la cuenta de capitalización individual del afiliado, utilizando el valor cuota del día anteprecedente a dicho abono.
- g.2.7. Una vez efectuado el abono señalado en el número 2.6. anterior, la Administradora deberá ceñirse al procedimiento establecido en las letras d, e y f anteriores.
- g.3. En caso que la Administradora recibiere un dictamen o resolución de invalidez que establezca que la invalidez se hubiere producido con anterioridad a la fecha de afiliación al sistema y el afiliado no registre imposiciones en alguna institución de previsión del régimen antiguo, la Administradora deberá notificar al afiliado dentro de los diez días siguientes a la fecha en que el dictamen haya quedado ejecutoriado, informándole que puede impetrar el beneficio de pensión asistencial del D.L. No. 869, de 1975. Para este efecto, la Administradora extenderá un certificado que acredite que este trabajador no es pensionado del Nuevo Sistema Previsional.
- g.4. Los afiliados que tengan un dictamen o resolución de invalidez emitido con anterioridad al 28 de octubre de 1988, que rechace su solicitud porque la pérdida de capacidad de trabajo mayor de dos tercios se produjo con anterioridad a la fecha de su afiliación al sistema y que no hayan suscrito a esa misma fecha, una solicitud de desafiliación invocando la causal c) del artículo 1o. de la Ley No. 18.225, de 1983, deberán obtener su pensión de acuerdo a las normas de la presente Circular.

Para este efecto, la Administradora deberá requerir a la Comisión Médica correspondiente, en un plazo de 40 días hábiles de recibida esta Circular una modificación al dictamen o resolución de invalidez; la solicitud deberá efectuarse por carta dirigida al Presidente de la Comisión Médica, adjuntando copia del respectivo dictamen o resolución.

7. PROCEDIMIENTO DE RECLAMO ANTE LA COMISION MEDICA CENTRAL.

- a. De acuerdo a lo establecido en el artículo 11 del D.L. No. 3.500, los dictámenes que

**Superintendencia de Administradoras
de Fondos de Pensiones**

emitan las Comisiones Médicas Regionales serán reclamables por el afiliado, por la Administradora respectiva y por la Compañía de Seguros correspondiente, ante la Comisión Médica Central de la Superintendencia. Para estos efectos, la parte interesada debe disponer el reclamo por escrito, dentro del plazo de 15 días

Superintendencia de Administradoras de Fondos de Pensiones

Capítulo II

21

hábiles contado desde la fecha de notificación del dictamen, ante la Comisión Médica Regional que lo emitió.

Un dictamen queda notificado a las 24 horas del día quinto, contado este último, desde el día siguiente a la fecha de despacho por correo certificado del dictamen.

El reclamo tendrá formato libre y podrá ser interpuesto por los afiliados y la Cía. de Seguros en las oficinas de la Comisión Médica Regional.

La Comisión Médica Regional notificará a la Administradora de la recepción de un reclamo sólo si este se interpuso dentro del plazo legal, en caso contrario, dicho reclamo no será aceptado.

- b. Una vez recibido el reclamo y si este fue presentado dentro del plazo legal, la Comisión Médica Regional tendrá un plazo de 5 días corridos para enviarlo a la Comisión Médica Central junto al expediente de calificación de invalidez.
- c. Si la Comisión Médica Central ordena que se practiquen nuevos exámenes o análisis al afiliado, estos deben realizarse dentro del plazo de 60 días.

Si la reclamación proviene del afiliado, los exámenes, análisis o informes solicitados, serán de cargo de la Administradora y del afiliado. Si esta proviene de la Administradora, el financiamiento de aquellos serán de cargo exclusivo de ésta.

En caso de ser citado el afiliado a comparecer ante la Comisión Médica central, los gastos de traslado que por ello se originen serán de cargo de la Administradora. El financiamiento se hará sobre la base de un traslado terrestre, a menos que la Comisión Médica Central determine lo contrario. Para el financiamiento propiamente tal, los afiliados recurrirán a la oficina regional de su Administradora mas cercana a su domicilio, debiendo recibir de ésta el pasaje (ida y vuelta), correspondiente o, alternativamente, el pago del costo de éstos, siempre que le afiliado demuestre tener los respectivos pasajes.

- d. Las normas de financiamiento de exámenes y traslado serán aplicables a las apelaciones de dictámenes que se pronuncien sobre la invalidez de beneficiarios, cónyuge o hijo.
- e. Fallado el reclamo, la Comisión Médica Central remitirá la resolución correspondiente a la Comisión Médica Regional respectiva, la que notificará a las partes interesadas de tal resolución.
- f. Si la Compañía de Seguros o la Administradora interpusiera un reclamo ante la Comisión Médica Central y la resolución revocara el dictamen de invalidez, esto es rechazara la invalidez del afiliado, la Administradora deberá archivar en la carpeta individual la resolución junto al dictamen y dará por finalizado el trámite de solicitud de pensión de invalidez.

8. PROCEDIMIENTO DE RECLAMO ANTE LA SUPERINTENDENCIA DE SEGURIDAD SOCIAL.

- a. En contra de una resolución de la Comisión Médica Central y dentro del plazo de 15 días corridos de notificada ésta, el afiliado, la Administradora, la Compañía de Seguros y la entidad que le pudiere corresponder el pago de la respectiva prestación por invalidez profesional, podrán presentar un reclamo fundado, ante la Superintendencia de Seguridad Social. Esta solo se pronunciará para determinar si la invalidez es o no de origen profesional.

Los 15 días corridos se cuentan desde el momento en que es notificada por parte de la Comisión

Capítulo II

22

Médica Regional la resolución de la Comisión Médica Central. se entenderá por efectuada la notificación a las 24 horas del día quinto, contado este último desde el día siguiente a la fecha de despacho por correo certificado de la resolución.

- b. El reclamo no debe paralizar el trámite tendiente al pago por parte de la Administradora de las pensiones en virtud de los resuelto por la Comisión Médica Central, salvo en los casos señalados en la letra a siguiente, ya que de establecerse que el pago de la pensiones corresponde a la entidad que hubiere estado cubriendo el riesgo de enfermedad o accidente del trabajo, y de haberse pagado pensiones, dicha entidad devolverá lo pagado, y en las mismas unidades de pago.

Por tanto, si se hubiere estado pagando pensiones en la modalidad de retiros programados, la institución responsable del pago de las pensiones devolverá a la Administradora el número de Unidades de Fomento pagadas por ésta, por concepto de pensión de invalidez. Dicha devolución deberá ser abonada a la Cuenta "Recaudación en proceso de acreditación a cuentas previsionales" del Fondo de Pensiones, a más tardar al siguiente día hábil de recibida, considerando para ello el valor cuota de cierre del día precedente al abono.

Tratándose de un reclamo interpuesto ante la Comisión Médica Central fundado en que la invalidez aceptada por la Comisión Médica Regional proviene de accidente del trabajo o enfermedad profesional, que fuere acogido por ésta, la Administradora deberá pagar transitoriamente y con cargo a la cuenta individual del afiliado pensiones equivalentes a la pensión mínima. El pago de estas pensiones deberá realizarse a más tardar el día 30 del mes siguiente de notificada la Administradora de la resolución de la Comisión Médica Central. Asimismo, el pago se hará hasta agotados los recursos del fondo, el mes anterior a aquel en que la institución responsable de cubrir el riesgo de accidente o enfermedad profesional comience a pagar las respectivas pensiones o hasta que la Administradora pague la totalidad de la pensión si la Superintendencia de Seguridad Social lo determina, según que ocurra primero.

- c. Cabe señalar que la Comisión Médica Regional informará a las partes interesadas cada vez que reciba una reclamación que deba ser vista por la Superintendencia de Seguridad Social, por lo que cuando la Administradora sea notificada de tal situación deberá tomar las providencias correspondientes con el objeto de que no se realice ningún traspaso de la cuenta individual del afiliado involucrado hacia una Compañía de Seguros de Vida.

9. PARTICIPACION DE MEDICOS REPRESENTANTES DE LA ADMINISTRADORA EN LAS SESIONES DE LAS COMISIONES MEDICAS REGIONALES.

- a. La Administradora de Fondos de Pensiones puede designar médicos representantes ante las Comisiones Médicas Regionales, con el objeto de aportar y exponer ante ellas los antecedentes médicos, laborales y personales, debidamente certificados, de los afiliados a la Administradora que representan, sólo a petición expresa de éstos, con el objeto que avalen sus solicitudes de pensión de invalidez.
- b. Los médicos representantes podrán tener acceso al Expediente de Calificación de Invalidez en forma previa a la vista del caso en sesión, y con posterioridad a ello, pero dentro de la Comisión.

En caso de requerimiento de fotocopias, el Presidente podrá autorizar su préstamo momentáneo, estampando su firma en el extremo inferior derecho de la documentación facilitada. No obstante, no podrán ser fotocopias la Conclusión del médico asignado (Hoja E-5) del Expediente de Calificación de Invalidez, ni los informes de médicos o Entidades interconsultadas por la Comisión.

- c. Los médicos representantes nombrados por la Administradora deberán estar inscritos en el "índice de médicos representantes" que llevará esta Superintendencia. Por lo tanto, la Administradora deberá solicitar para cada médico que proponga su inscripción en el índice respectivo.

Capítulo II

23

- d. Una vez inscritos en el índice correspondiente, la Comisión Médica aceptará la participación de estos médicos en la sesión y discusión de los casos de afiliados a la Administradora que ellos representen. No obstante lo anterior, el Presidente de la Comisión podrá autorizarlos a que participen en la totalidad de la sesión.

El médico representante sólo podrá exponer en caso al cual esta representado, con posterioridad a la relación que efectúe el médico asignado al estudio del caso, no pudiendo intervenir en el debate de la Comisión.

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.
-----------------------------------	--------------------------------------

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

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

Porcentaje Arancel de cargo del afiliado

_%

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

Básica o Primaria

Media o Secundaria

Superior

II. ANTECEDENTES LABORALES

A. Profesión, oficio y trabajo

B. Situación laboral actual

Trabajando

Desempleado Desde

--	--	--

Acogido a Licencia Médica Desde

--	--	--

 Hasta

--	--	--

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

(Nombre Institución)

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

(Nombre Institución)

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

Anexo No. 8-A

No.
FECHA.....

(Uso Comisión Médica)

SOLICITUD DE CALIFICACION DE INVALIDEZ
CONYUGE-HIJO DE AFILIADO

No.
..... de de

Al
Señor Presidente
COMISION MEDICA
de la Superintendencia de A.F.P.
de la Región de
.....

Sírvase someter a examen por esa Comisión Médica, a la persona cuyos datos a continuación se indican y dictaminar sobre su capacidad de trabajo, para otorgarle el beneficio de Pensión de Sobrevivencia, establecido en el Artículo 5o. del Decreto Ley No. 3.500, de 1980:

I. IDENTIFICACION DEL BENEFICIARIO

Apellido Paterno		Apellido Materno		Nombres		
R.U.T.		Cedula de Identidad		Gabinete		
Lugar de Nacimiento		Fecha de Nacimiento		Edad		
Calle	No.	Depto.	Fono	Villa/Pobl.	Comuna	Ciudad

II. IDENTIFICACION DEL AFILIADO FALLECIDO O PENSIONADO INVALIDEZ - VEJEZ
(Tarjar lo que no corresponda)

Apellido Paterno		Apellido Materno		Nombres		
R.U.T.		Cédula de Identidad		Fecha de Nacimiento		

Administradora de Fondos de Pensiones	Calle	No.	Ciudad
---------------------------------------	-------	-----	--------

Compañía Aseguradora Invalidez	Calle	No.	Ciudad
--------------------------------	-------	-----	--------

Porcentaje Arancel de cargo del afiliado	_____ %
--	---------

.....
 Firma (Huella digital) Beneficiario
 o Apoderado

.....
 Fecha, firma y timbre recepción
 Comisión Médica

.....
 Fecha, firma y timbre recepción
 Administradora de Fondos de Pensiones

ANEXO No. 8-B

No.
FECHA

(Uso Comisión Médica)

SOLICITUD DE CALIFICACION DE INVALIDEZ - ISAPRE

No.
 de de 198.....

DE:Institución de Salud Previsional

A:Administradora de Fondos de Pensiones

Por la presente se requiere a esa A.F.P. que solicite a la Comisión Médica correspondiente de la Superintendencia de Administradoras de Fondos de Pensiones, que someta a examen médico a nuestro

cotizante que mas adelante se individualiza y afiliado a esa Administradora, para calificar su invalidez, en virtud de lo establecido en el inciso 5o. del Art. 18o. del D.F.L. No. 3, de 1981, y de acuerdo a la Circular No. 4 del Fondo Nacional de Salud del 1o. de octubre de 1982.

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

R.U.T.

Calle	No.	Depto.	Villa/Pobl.	Comuna	Ciudad
-------	-----	--------	-------------	--------	--------

Empleador	R.U.T.
-----------	--------

Calle	No.	Depto.	Comuna	Ciudad
-------	-----	--------	--------	--------

ANTECEDENTES ADJUNTOS :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....
Firma representante legal Isapre

.....
Firma, Timbre y fecha recepción
Comisión Médica

.....
Firma, Timbre y fecha recepción
A.F.P.

**SOLICITUD DE INCORPORACION AL INDICE DE
MEDICOS INTERCONSULTORES**

FECHA SOLICITUD

NOMBRE DEL SOLICITANTE

.....
(Apellido Paterno) (Apellido Materno) (Nombres)

R.U.T.

ESPECIALIDAD

DIRECCION

CIUDAD

Vengo en solicitar al Sr. Superintendente de A.F.P., mi incorporación al índice de Médicos Interconsultores.

Para este efecto, adjunto a la presente Curriculum Vitae y copia de certificado de título profesional.

Declaro conocer, y me comprometo a cumplir las normas establecidas a los médicos interconsultores por la Superintendencia de A.F.P., señaladas en el reverso de la presente solicitud.

Saluda atentamente,

FIRMA

PATROCINADO POR A.F.P.

*NORMAS QUE DEBE CUMPLIR UN MEDICO INTERCONSULTOR
PARA INFORMAR A LA COMISIÓN MEDICA*

1. *Aspectos Formales*
 - a. Solicitar y retener del afiliado la orden de examen que le entregó la Comisión médica.
 - b. Verificar personalmente la identidad de la persona con la cédula nacional de identidad.
 - c. No aceptar del interesado exámenes o informes, por cuanto se trata de obtener un informe objetivo y veraz. Cualquier requerimiento de mayor información que el Médico Interconsultor requiera debe solicitarla a la Comisión Médica.
 - d. Emitir el informe en un plazo no superior a 48 horas de realizada la entrevista con el afiliado.
 - e. Los informes se escribirán a máquina en el reverso de la orden de examen.
 - f. Los informes se entregarán sólo al personal de la Comisión o se enviarán por correo certificado.
 - g. No se debe proporcionar al afiliado ningún tipo de copia del informe que se entregue a la Comisión.

2. *Aspectos Técnicos*
 - a. Los informes serán emitidos de acuerdo a las pautas para los médicos interconsultores que proporcione la Comisión Médica.
 - b. El médico interconsultor debe pronunciarse exclusivamente sobre su especialidad.
 - c. Se deberá abstener de informar como médico interconsultor casos de afiliados en que haya sido médico tratante. Entendiéndose por ello, cuando se haya practicado un tratamiento al afiliado en los últimos 6 meses o que en el momento de la interconsulta esté en tratamiento con éste.

3. *Sistema de Pago de la Prestación*
 - a. Se debe cobrar al afiliado el porcentaje que éste hubiese pagado en un Servicio de Salud de acuerdo al artículo 30 de la Ley No. 18.469, considerando sin embargo que el peritaje efectuado equivale a tres consultas médicas
 - b. Las boletas o facturas entregadas por este concepto a los afiliados, deben llevar la leyenda "Artículo 11, D.L. 3.500".
 - c. Mientras dure el proceso de calificación, cualquier nueva consulta que efectúe la Comisión, requiere ésta la presencia o no del afiliado, será libre de costo.

4. *Retiro del Índice.*
 - a. El médico interconsultor deberá avisar con una anticipación de a lo menos un mes, su retiro del índice de médicos interconsultores.
 - b. El incumplimiento de algunas de las normas señaladas en los números 1., 2. y 3. anteriores, significará el retiro inmediato del Médico Interconsultor del respectivo índice.

**SOLICITUD DE INCORPORACION AL INDICE DE
INSTITUCIONES AUTORIZADAS PARA EMITIR EXÁMENES**

FECHA SOLICITUD

NOMBRE DEL INSTITUCION

R.U.T.

DIRECCION

CIUDAD

.....
(Nombre del representante legal y R.U.T.)

Viene en solicitar al Sr. Superintendente de A.F.P., la incorporación de la Institución que representa al Índice de Instituciones para emitir exámenes de especialidad o de laboratorio. Se adjunta a la presente solicitud la descripción del tipo de exámenes que esta Institución pueda hacer.

Declaro conocer, y me comprometo a que la institución que represento cumpla las normas establecidas para este tipo de instituciones por la Superintendencia de A.F.P., que se señalan en el reverso de la presente solicitud.

Saluda atentamente,

FIRMA

PATROCINADO POR A.F.P.

NORMAS QUE DEBE CUMPLIR UNA INSTITUCION AUTORIZADA

PARA INFORMAR A LA COMISIÓN MEDICA

1. *Aspectos Formales*

- a. Solicitar y retener del interesado la orden de examen emitida por la Comisión médica.
- b. Los exámenes requeridos deben ser tomados por una persona que sea responsable de verificar la identidad del afiliado pidiendo personalmente la cédula de identidad de éste, evitando cualquier suplantación.
- c. No se debe aceptar del afiliado, exámenes o informes aportados por ellos. En caso que se requiera información adicional se la deberá solicitar a la Comisión Médica.
- d. Tratándose de placas radiográficas, éstas deben contener ingreso mediante el mismo sistema gráfico utilizado para tomarlas, el nombre, la fecha y el número de la cédula de identidad del afiliado solicitante de calificación de invalidez.

En el caso de muestras de fluidos que no pueden ser obtenidos en forma directa por personal de la Institución (orina), deberá tomarse la precaución que el afiliado lo proporcione en el momento de su concurrencia y que se deposite en frascos u otro medio de propiedad del laboratorio. Se debe constatar que el fluido de origen reciente, midiendo la temperatura de éste.

- e. Los informes deberán emitirse en un plazo no superior a las 48 horas de realizado el examen al afiliado y deberán venir con el nombre y firma, de quién tomó el examen y del especialista que lo informa.
- f. Los informes se escribirán a máquina en el reverso de la orden de examen.
- g. Los exámenes realizados sólo se entregarán al personal de la Comisión Médica o se enviarán por correo certificado.
- h. No se debe proporcionar al afiliado ningún tipo de copias del resultado del examen.

2. *Sistema de Pago de la Prestación*

- a. Se debe cobrar al afiliado el monto que éste hubiere pagado por la prestación en un Servicio de Salud, de acuerdo al artículo 30 de la Ley 18.469.
- b. Las boletas entregadas por este concepto a los afiliados, deben llevar la leyenda "Artículo 11, D.L.3.500".

3. *Retiro del Índice*

- a. La institución deberá avisar con una anticipación de a lo menos un mes, su retiro del índice de instituciones autorizadas para emitir exámenes.
- b. El incumplimiento de algunas de las normas señaladas en los números 1. o 2. anteriores, significará el retiro inmediato de la institución del respectivo índice.

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

.....

Firma persona responsable A.F.P.

.....

..
Firma o huella digital afiliado

INFORME DE REMUNERACIONES/RENTAS

FECHA,

Sr. Presidente
Comisión Médica de
la Superintendencia de
A.F.P. de la Región

.....

MES/AÑO

NOMBRE EMPLEADOR

REMUNERACION O RENTA

.....

.....

.....
....

.....

.....

.....
....

.....

.....

.....
....

.....

.....

.....
....

.....

.....

.....
....

.....

.....

.....
....

.....

.....

.....
....

.....

.....

.....
....

.....

.....

.....
....

.....

.....

.....
....

.....

.....

.....
....

.....
Firma persona responsable administradora

COMPOSICION DE EXÁMENES MEDICOS

<i>NOMBRE EXAMEN</i>	<i>ELEMENTO GRAFICO</i>	<i>REMUNERACION O RENTA</i>
Radiografias en general	Placas Radiográficas	Informe Médico Especialista
Tomografía Axial Computarizada (TAC)	Placas Radiográficas	Informe Médico Especialista
Cintigrafía	Placas Radiográficas	Informe Médico Especialista
Ecografía	Placas Radiográficas o Fotografía	Informe Médico Especialista
Electromiografía	Registro y Desarrollo examen	Informe Médico Especialista
Electroencefalograma	Registro Gráfico	Informe Médico Especialista
Electrocardiograma convencional	Registro Gráfico	Informe Médico Especialista
Test Esfuerzo	Registro y Desarrollo examen	Informe Médico Especialista
Electrocardiograma Dinámico continuo (Holter)	Desarrollo Examen	Informe Médico Especialista
Ecocardiograma	Placas Radiográficas o Fotografía	Informe Médico Especialista

Campos Visuales

Registro Gráfico

Informe Médico Especialista o Tecnólogo
médico

Audiometría

Registro Gráfico

Informe Médico Especialista o Tecnólogo
médico

SOLICITUD PENSION DE REFERENCIA-LEY No. 18.753

--	--	--

FECHA SOLICITUD

I. IDENTIFICACION DEL AFILIADO

--	--	--

APELLIDO PATERNO

APELLIDO MATERNO

NOMBRES

--

R.U.T

--

FECHA DE NACIMIENTO

--

LUGAR DE NACIMIENTO

--

NOMBRE DEL PADRE

--

NOMBRE DE LA MADRE

II. DOMICILIO DEL AFILIADO

--

CALLE

--

No.

--

BLOCK

--

DEPTO

--

POBLACION

--

COMUNA

--

CIUDAD

--

REGION

--

FONO

III. ANTECEDENTES LABORALES Y PREVISIONALES DEL AFILIADO

FIRMA Y TIMBRE
ADMINISTRADORA

FIRMA Y TIMBRE
INSTITUCION DE PREVISION

ANEXO No. 11-D

SOLICITUD DE APOORTE ADICIONAL - LEY No. 18.753

--	--	--

FECHA SOLICITUD

NOMBRE DEL AFILIADO

R.U.T. DEL AFILIADO

INTITUCION DE PREVISION

1. PENSION DE REFERENCIA

)

=

Monto en pesos informado por la Institución de Previsión

Valor U.F. último día del mes anterior a la fecha de invalidez

2. TASA DE INTERES VIGENTE

A LA FECHA INVALIDEZ

 %

3. CAPITALES NECESARIOS UNITARIOS

	NOMBRE	SEXO	F. DE NAC.	EDAD ACT.	TIPO BENEF.	C.N.U.
Afiliado						
Beneficiario 1						
Beneficiario 2						
Beneficiario 3						
Beneficiario 4						
Beneficiario 5						
TOTAL						

4. TOTAL C.N.U. X PENSION DE REFERENCIA X 12:

 U.F.

5. CAPITAL NECESARIO CUOTA MORTUORIA :

 U.F.

6. CAPITAL NECESARIO (4.+5.) :

 U.F.

7. SALDO CUENTA INDIVIDUAL (INCLUIDO BONO DE RECONOCIMIENTO

$$\boxed{\text{cuotas}} \times \boxed{} \text{) } \boxed{} = \boxed{}$$

Valor cuota del último día del mes anterior a la fecha invalidez

Valor U.F. del último día del mes anterior a la fecha de invalidez

7. APOORTE ADICIONAL :
(6.-7.)

U.F.

FIRMA Y TIMBRE
ADMINISTRADORA

FIRMA Y TIMBRE
INSTITUCION DE PREVISION