

**SUPERINTENDENCIA DE ADMINISTRADORAS  
DE FONDOS DE PENSIONES**

**CIRCULAR N° 651**

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: PAGO PRELIMINAR. SUSTITUYE FORMULARIOS DE SOLICITUDES DE PENSION Y DECLARACION DE BENEFICIARIOS DE LA CIRCULAR N° 649.

Sustituyéense los formularios "Solicitud de Pensión" y "Declaración de Beneficiarios" de la Circular N° 649, de esta Superintendencia, por los que se adjuntan a la presente Circular.

JULIO BUSTAMANTE JERALDO  
Superintendente de A.F.P.

SANTIAGO, agosto 6 de 1990

**SUPERINTENDENCIA DE ADMINISTRADORAS  
DE FONDOS DE PENSIONES**

LOGOTIPO A.F.P.

ANEXO N° 1-A

**SOLICITUD DE PENSION**

FECHA

**I. IDENTIFICACION DEL AFILIADO**

Apellido paterno	Apellido materno	Nombres
R.U.T.	Ced. Identidad N°	Gabinete
Domicilio - Calle N°	Depto. Comuna	Ciudad Teléfono
Profesión o actividad	Fecha de Nacimiento	Edad
Empleador	Dirección Calle N°	Teléfono
Institución de Salud o Isapre		

**II. SOLICITUD**

Con esta fecha solicito a A.F.P. \_\_\_\_\_ S.A., el pago de las pensiones de:

Vejez       Vejez Anticipada (1)       Invalidez       sobrevivencia; que establece el D.L. 3.500 de 1980.

**III. PAGO PRELIMINAR**

Usted desea recibir pago preliminar antes de que su pensión mensual se calcule en forma definitiva y ud. opte por una de las modalidades de pago que indica el artículo 61 del D.L. 3.500 ?

SI       NO  
Deseo la acumulación de mensualidades desde :

a) Cumplimiento edad legal

b) Aceptación de Solicitud de Pensión

**IV. ANTECEDENTES DEL AFILIADO**

**SUPERINTENDENCIA DE ADMINISTRADORAS  
DE FONDOS DE PENSIONES**

1. Recibe pensión del antiguo sistema. SI  NO   
Institución \_\_\_\_\_ desde \_\_\_\_\_
2. Recibe pensión de invalidez parcial de acuerdo al D.L. 3.500 SI  NO
3. Si su pensión es inferior a la mínima desea que se le ajuste a la mínima SI  NO
4. Solicita Cálculo de Excedente de Libre Disposición SI  NO
5. Traspasará fondos de su cuenta de ahorro voluntario SI  NO

V. **ANTECEDENTES COBERTURA** (sólo para pensiones de invalidez y sobrevivencia)

(Estos antecedentes serán validos por la Administradora y en ningún caso esta validación interferirá el proceso sumario de pago preliminar si correspondiere).

1. *Trabajador dependiente*

Se encontraba prestando servicios a la fecha del siniestro

SI  NO  Se encontraba desempleado por un periodo no mayor a 12 meses

SI  NO

Tiene seis meses de cotizaciones dentro del año anterior a la fecha en que quedó cesante

SI  NO

2. *Trabajador independiente*

Cotizó el mes anterior

SI  NO  En que mes realizó la última cotización adicional

**9999**  
MES AÑO

3. El siniestro se debió a accidente del trabajo

SI  NO

VI. **OBSERVACIONES**

---

---

---

**SUPERINTENDENCIA DE ADMINISTRADORAS  
DE FONDOS DE PENSIONES**

---

FIRMA  
AFILIADO O SOLICITANTE

---

FIRMA Y TIMBRE  
DE LA ADMINISTRADORA

NOTA:

(1) Esta solicitud se hará válida sólo si el afiliado cumple con los requisitos para pensionarse anticipadamente.

**DECLARACION BENEFICIARIOS**

FECHA

*Declaración Jurada Simple:* los datos proporcionados a continuación son expresión fiel de la verdad y asumo la responsabilidad legal correspondiente.

(El artículo 13 del D.L. 3.500 establece penas de presidio para aquellos afiliados que ocultaren o falsearan ante la Administradora la existencia de sus eventuales beneficiarios. la presentación de una persona que tenga derecho a percibir pensión de sobrevivencia, excluido de esta declaración, podrá provocar un perjuicio al afiliado y a sus beneficiarios declarados, pues de acuerdo al artículo 70 del mismo cuerpo legal, las pensiones determinadas inicialmente deberán repartirse, reduciéndose por tanto el monto de las pensiones originalmente obtenidas.)

**I. CONYUGE**

Nombre

\_\_\_\_\_

R.U.T. o Cédula de Identidad **999999999-9**

Fecha de Nacimiento **99 99 9999** Sexo: **9** femenino **9** masculino inválido

Solicitó calificación de invalidez de acuerdo al D.L. 3.500.

SI **9** NO **9**

Fecha de matrimonio **99 99 9999**  
N° de Inscripción \_\_\_\_\_

Oficina Registro Civil

Hijos comunes SI **9** NO **9**

Domicilio

\_\_\_\_\_

-----

-

Firma

**II. HIJOS**

1. Nombre \_\_\_\_\_

R.U.T. o Cédula de Identidad **999999999-9**

**SUPERINTENDENCIA DE ADMINISTRADORAS  
DE FONDOS DE PENSIONES**

Fecha de Nacimiento **99 99 9999** Sexo: femenino masculino  
**9 9** inválido

Legítimo **9** Natural **9** Adoptivo **9**

Actividad que realiza Estudiante **9**  
Servicio Militar **9**  
Otra **9**

Institución \_\_\_\_\_  
Ciudad \_\_\_\_\_ Comuna \_\_\_\_\_  
Nombre Tutor o Curador \_\_\_\_\_  
Domicilio Tutor o Curador \_\_\_\_\_  
Domicilio Beneficiario \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
FIRMA

2. .  
. .  
. .

**III. OTROS**

1. Nombre \_\_\_\_\_  
R.U.T. o Cédula de Identidad \_\_\_\_\_ Estado Civil \_\_\_\_\_  
Fecha Nacimiento \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_  
Relación \_\_\_\_\_ con \_\_\_\_\_ Afiliado \_\_\_\_\_  
Domicilio \_\_\_\_\_

**SUPERINTENDENCIA DE ADMINISTRADORAS  
DE FONDOS DE PENSIONES**

---

Observaciones

---

---

---

---

FIRMA

2. .  
. .  
. .  
. .

---

FIRMA AFILIADO

---

FIRMA Y NOMBRE  
REPRESENTANTE A.F.P.