

128 *2014-10-10

NORMA DE CARACTER GENERAL N°

REF.: MODIFICA EL TÍTULO I, BENEFICIOS PREVISIONALES Y EL TÍTULO VI, GARANTÍA ESTATAL POR PENSIÓN MÍNIMA, AMBOS DEL LIBRO III Y EL TÍTULO III, AGENCIAS Y CENTROS DE SERVICIOS, SERVICIOS POR INTERNET Y PUBLICIDAD DE LAS ADMINISTRADORAS DE FONDOS DE PENSIONES, DEL LIBRO V DEL COMPENDIO DE NORMAS DEL SISTEMA DE PENSIONES.

Santiago,

En uso de las facultades legales que confiere la ley a esta Superintendencia en particular lo dispuesto en el número 3 del artículo 94 del D.L. N° 3.500, de 1980 y en el número 6 del artículo 47 la Ley N° 20.255, se introducen las modificaciones contenidas en la presente Norma de Carácter General al Título I y VI del Libro III y al Título III del Libro V, ambos del Compendio de Normas del Sistema de Pensiones.

I. Modifícase el Título I. Pensiones del Libro III, de acuerdo a lo siguiente:

1. Modifícase la Letra J. Mandatos de acuerdo a lo siguiente:

a) Agrégase el siguiente último párrafo al Capítulo I. Invocación de derechos previsionales:

“Los mandatos para trámite de pensión de vejez o invalidez y para trámite de pensión de sobrevivencia, se deberán ajustar estrictamente a los contenidos descritos en el Anexo N° 9, los cuales están disponibles para su llenado e impresión en el sitio web de la Superintendencia.”.

b) Reemplázase en la segunda oración del párrafo séptimo del Capítulo II. Otorgamiento de mandatos especiales, de la Letra J. Mandatos, la expresión “años de diferimiento” por “meses de diferimiento”. Además, agrégase en el citado Capítulo II el siguiente último párrafo:

“Las facultades que se otorguen a través de estos mandatos, no son delegables por el mandatario.”.

2. Reemplázase el Anexo N° 9. Mandatos tipos para solicitar pensión, por el siguiente:

“ANEXO N° 9 MANDATOS TIPOS PARA SOLICITAR PENSIÓN

Página x de y

N° de Folio: _____

MANDATO PARA TRÁMITE DE PENSIÓN DE VEJEZ O INVALIDEZ

Con fecha..... de..... de..... y por medio del presente instrumento, yo..... (nombres y apellidos), RUT, de nacionalidad, de Sexo (femenino o masculino), nacido el de del año, estado civil, nacionalidad, de profesión u oficio....., domiciliado en, comuna de, ciudad de, teléfono, correo electrónico..... (si dispone) e incorporado a la Institución de Salud....., confiero poder a Don..... (nombre del mandatario), Rut, domiciliado en....., comuna de, ciudad de, teléfono y correo electrónico (si dispone), para que en mi nombre suscriba en AFP..... una solicitud de Pensión de

Asimismo, expongo que a la fecha, los datos de mi empleador son los siguientes (tratándose de trabajadores dependientes):

- Nombre:
- RUT:
- Dirección:
- Teléfono:
- Correo electrónico (si dispone):

Para efectos de la suscripción de la pensión antes mencionada, declaro conocer que tienen la calidad de beneficiarios de pensión de sobrevivencia: el cónyuge, los hijos, la madre o padre de hijos de filiación no matrimonial y, a falta de todos los anteriores, los padres. En consecuencia, efectúo la siguiente declaración de beneficiarios:

Apellido paterno, materno, nombres	Sexo	RUT	Fecha de Nacimiento	Parentesco	Observaciones: Para los hijos, indicar si es o no inválido y para los cónyuges indicar fecha y circunscripción del matrimonio. En el caso del hijo por nacer, con al menos 5 meses de gestación, se deberá acompañar certificado médico.

Por otra parte, señalo los siguientes antecedentes que el mandatario deberá considerar para suscribir en mi nombre solicitud de pensión de

	Si	No
Deseo pensión preliminar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Solicito aporte previsional solidario (APS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Recibo pensión antiguo sistema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Entidad Pagadora: _____		
• Fecha de otorgamiento: --/---/-----		
Recibo pensión de invalidez de este Sistema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Deseo que mi pensión se ajuste a la pensión mínima, si resulta inferior a ella	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Deseo que mi pensión se ajuste a la pensión básica solidaria, si resulta inferior a ella	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estoy afecto al Estatuto Administrativo (Ley 18.834) o Leyes números 18.883, 19.070, 19.378 o artículo 332 número 6 del Código Orgánico de Tribunales, respecto de los cuales la obtención de pensión implica la cesación en el cargo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Destinaré Ahorro Previsional Voluntario al financiamiento de mi pensión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Nombre de la AFP o institución autorizada: _____		
Destinaré Ahorro Previsional Voluntario Colectivo al financiamiento de mi pensión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Nombre de la AFP o institución autorizada: _____		
Traspasaré fondos desde mi Cuenta de Ahorro Voluntario para el financiamiento de mi pensión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Nombre de la AFP o institución autorizada: _____		
Poseo depósitos convenidos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Nombre de la AFP o institución autorizada: _____		
Traspasaré Fondos desde mi Cuenta Individual de Cesantía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tengo cotizaciones en otro país	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• País: _____		
Tengo períodos de residencia en otro país	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• País: _____		
Deseo cambiar de Tipo de Fondo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me encuentro en la siguiente situación (tratándose de solicitudes de invalidez):		
- Trabajador dependiente	<input type="checkbox"/>	
- Desempleado por un periodo no mayor a doce meses	<input type="checkbox"/>	
- Trabajador Independiente	<input type="checkbox"/>	
- Afiliado voluntario	<input type="checkbox"/>	
Deseo que mis datos personales (nombre, Rut, dirección, saldo cuenta capitalización individual, bono de reconocimiento) y los datos de mis beneficiarios de pensión, aparezcan en un LISTADO PÚBLICO DE INFORMACIÓN.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

N° de Folio: _____

Asimismo, autorizo al mandatario para:

- | | Si | No |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. Suscribir solicitud de Calificación de Invalidez (el mandato deberá indicar los datos necesarios para suscribir la ficha de datos personales para solicitud de calificación de invalidez). | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Completar y suscribir el listado de antecedentes médicos aportados para tramitar la solicitud de calificación de invalidez (el mandato deberá especificar los antecedentes médicos aportados). | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Suscribir solicitud de Bono de Reconocimiento | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Solicitar información respecto del estado del trámite de pensión | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Retirar en la AFP el Certificado de Saldo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Suscribir formulario "Destino de Cotizaciones Voluntarias" | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Suscribir solicitud de cambio de modalidad de pensión | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Suscribir solicitud de cálculo de excedente de libre disposición | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Otorgo el presente mandato para los únicos fines antes señalados y se entiende revocado por otro de fecha posterior o por término de la gestión encomendada.

Finalmente, declaro conocer que el trámite de pensión es gratuito, sin perjuicio de que puedo contratar voluntariamente una asesoría previsional para dicho trámite.

Nombre, Rut y Firma del afiliado

Nombre, Rut y Firma del Mandatario
N° de Registro _____

N° de Folio: _____

MANDATO PARA TRÁMITE DE PENSIÓN DE SOBREVIVENCIA

Con fecha de de y por medio del presente instrumento, los abajo firmantes en su calidad de beneficiarios de pensión de sobrevivencia del afiliado(a) causante (nombre del causante), RUT, confieren poder a Don (nombre del mandatario), RUT, domiciliado en comuna de, ciudad de, teléfono y correo electrónico..... (si dispone), para que suscriba en sus nombres una solicitud de Pensión de Sobrevivencia en AFP

Para tales efectos, declaramos conocer que tienen la calidad de beneficiarios de pensión de sobrevivencia el cónyuge, los hijos, la madre o padre de hijos de filiación no matrimonial y, a falta de todos los anteriores, los padres. Al respecto, declaramos no conocer más beneficiarios de pensión del afiliado (nombre del causante), RUT, que los que suscribimos el presente documento, y que nuestros datos son los siguientes:

Apellido paterno, materno, nombres	Sexo	RUT	Fecha de Nacimiento	Parentesco	Observaciones: Para los hijos indicar si es o no inválido y para los cónyuges indicar fecha y circunscripción del matrimonio. En el caso del hijo por nacer, con al menos 5 meses de gestación, se deberá acompañar certificado médico.

Otros antecedentes de los beneficiarios de pensión:

Apellido paterno, materno, nombres	Relación de parentesco con el afiliado	Dirección	Teléfono	Correo electrónico (si dispone)	Observaciones

N° de Folio: _____

Por otra parte, señalamos los siguientes antecedentes que el mandatario deberá considerar para suscribir en nuestro nombre la solicitud de pensión de sobrevivencia:

Situación en que se encontraba el afiliado:			
Profesión, actividad u oficio del afiliado al momento del fallecimiento: _____			
• Trabajador dependiente que se encontraba prestando servicios	<input type="checkbox"/>		
• Desempleado por un periodo no mayor a doce meses	<input type="checkbox"/>		
• Trabajador Independiente	<input type="checkbox"/>		
• Afiliado voluntario	<input type="checkbox"/>		
		Si	No
<u>El afiliado tenía:</u>			
Ahorro Previsional Voluntario en otra AFP o Institución Autorizada		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Nombre de la AFP o institución autorizada: _____			
Depósitos de Ahorro Previsional Voluntario Colectivo en otra AFP o Institución Autorizada		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Nombre de la AFP o institución autorizada: _____			
Depósitos Convenidos en otra AFP o Institución Autorizada		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Nombre de la AFP o institución autorizada: _____			
Cotizaciones en otro país		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• País: _____			
Períodos de residencia en otro país		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• País: _____			
<u>Decisiones de Beneficiarios:</u>			
Deseamos pensión preliminar		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Deseamos que la pensión se ajuste a la pensión mínima, si resulta inferior a ella		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Deseamos que la pensión se ajuste a la Pensión Básica Solidaria, si resulta inferior a ella		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Deseamos cambiar de Tipo de Fondo		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Deseamos que nuestros datos personales como beneficiarios de pensión (nombre, RUT, dirección, saldo cuenta capitalización individual, bono de reconocimiento), aparezcan en un LISTADO PÚBLICO DE INFORMACIÓN.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

N° de Folio: _____

Asimismo, autorizamos al mandatario para:

	Si	No
1. Suscribir solicitud de Calificación de Invalidez de hijo del afiliado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Suscribir solicitud de Bono de Reconocimiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Solicitar información respecto del estado del trámite de pensión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Retirar en la AFP el Certificado de Saldo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Suscribir solicitud de cambio de modalidad de pensión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Otorgamos el presente mandato para los únicos fines antes señalados y se entiende revocado por otro de fecha posterior o por término de la gestión encomendada.

Finalmente, declaramos conocer que el trámite de pensión es gratuito. Lo anterior, sin perjuicio de que contratemos voluntariamente una asesoría previsional para dicho trámite.

Nombre, Rut y Firma de cada uno de los beneficiarios



Nombre, Rut y Firma del Mandatario

N° de Registro _____

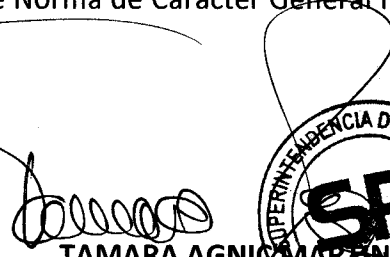
II. Reemplázase el numeral vii., de la letra b), del quinto párrafo, del número 1., del Capítulo I, de la Letra A, del Título VI, del Libro III, la fecha "31 de diciembre de 2008" por "31 de diciembre de 2023".

III. Agrégase en el Anexo N° 4 Folletos informativos, del Título III. Agencias y Centros de Servicios, Servicios por internet y publicidad de las Administradoras de Fondos de Pensiones, del Libro V, el siguiente número 34 nuevo:

- "34. Asesoría Previsional
- a) Objeto de la Asesoría Previsional
 - b) Obligaciones del Asesor Previsional
 - c) Comisiones por Asesoría Previsional
 - d) Prohibiciones del Asesor Previsional
 - e) Registro de Asesores
 - f) Fiscalización"

IV. VIGENCIA

Las modificaciones introducidas por la presente Norma de Carácter General regirán a contar del 1° de diciembre de 2014.


TAMARA AGNICIO MARTÍNEZ
Superintendente de Pensiones

