Libro III, Título I, Letra D.1 Beneficios por Enfermedad Terminal

Capítulo II. Solicitud de certificación de enfermo terminal

1. Instrucciones Generales

El afiliado o pensionado podrá efectuar la presentación de la solicitud de certificación de enfermo terminal en la Administradora en la cual mantenga vigente su afiliación, a través de cualquiera de los canales de servicio de la AFP, adjuntando el certificado médico con formato preestablecido firmado por el médico tratante y el director médico, o su equivalente, de la institución de salud pública o privada correspondiente y adjuntando la autorización a los Consejos Médicos para la revisión de la ficha clínica, además de cualquier otro antecedente que estime pertinente. De esta forma, la Solicitud de certificación de enfermo terminal deberá estar disponible en los canales presenciales, remotos y digitales de la AFP.

Al momento de dar inicio a la solicitud del beneficio, por cualquiera de los canales de servicio de la AFP, la Administradora deberá informar al solicitante, que previo al ingreso de su solicitud, debe contactar a su médico tratante para solicitarle que lo acredite como enfermo terminal mediante el certificado que se señala más adelante en este número, cuyo formato se encuentra incluido en el Anexo 2. En el caso de solicitudes a través del sitio web de las Administradoras, deberá desplegarse el siguiente mensaje cuando el afiliado comience el trámite de certificación como enfermo terminal:

"Antes de ingresar su solicitud, usted o su representante, debe obtener de parte de su médico tratante y del establecimiento de salud público o privado que corresponda, un certificado médico que acredite su condición de salud, el que deberá adjuntarse a la solicitud. Su médico tratante deberá llenar directamente el certificado en el siguiente link: https:// certificadosET.portalafp.cl

Su médico tratante, deberá enviarlo al establecimiento de salud público o privado que corresponda, donde haya recibido atenciones respecto de su enfermedad, para completar los datos correspondientes, firmar y timbrar por el director médico o su equivalente, el que deberá entregárselo por los medios que a usted le resulten más convenientes.

El certificado, debidamente llenado, firmado y timbrado, deberá adjuntarse a la solicitud que presente usted o su representante, por esta vía o por cualquiera de los canales de servicio de la AFP. Además, deberá adjuntar la autorización para que el Consejo Médico pueda acceder a la revisión de la ficha clínica (la que se encuentra disponible para su llenado y envío en este link: AFP completar con link a autorización (Anexo 3) disponible en sitio web de la AFP). Adicionalmente, se le recomienda adjuntar la mayor cantidad de antecedentes médicos sobre su condición de salud principal."

Si la solicitud se ingresa a través del Sitio Web u otro canal digital, la Administradora debe implementar un formulario electrónico e incluir la funcionalidad que permita al afiliado o pensionado, adjuntar el certificado médico, la autorización para los Consejos Médicos para la revisión de la ficha clínica y los antecedentes que desee aportar. Además, la AFP deberá tener disponible en el sitio la autorización para los Consejos Médicos, cuyo formato se encuentra contenido en el Anexo 3, de modo que el afiliado pueda imprimirla, llenarla y adjuntarla a la solicitud.

La solicitud también podrá ser recibida a través del Contact Center de la AFP, para lo cual la AFP deberá contar con ejecutivos especializados de asistencia que acompañen al afiliado o pensionado en todo el proceso de ingreso de la solicitud y acreditación de su condición.

En todos los canales presenciales la AFP deberá dar atención preferencial a estos afiliados y pensionados y a sus representantes, para ello debe tener una opción específica en el sistema de gestión de fila, que identifique este tipo de usuarios y el anfitrión de la sucursal deberá poder direccionar al afiliado o pensionado al módulo que se le asigne para su atención preferencial.

Cualquiera sea el canal por el que el afiliado o pensionado ingrese la solicitud, la AFP deberá proporcionarle información escrita acerca de la ruta del trámite, incluyendo sus principales hitos y plazos establecidos, destacando especialmente aquéllos en que el afiliado o pensionado deberá ejercer sus opciones. La entrega de la comunicación debe ser efectuada por medios verificables.

2. Certificado Médico

Para la emisión de los certificados médicos, las Administradoras deberán poner a disposición de los médicos e instituciones de salud, una plataforma web centralizada. Para generar el certificado, el médico tratante deberá ingresar a la plataforma, con validación de identidad a través del número de serie de la cédula de identidad. El ingreso a la plataforma con las referidas validaciones se considerará como una firma electrónica simple por parte del médico tratante. Luego de completada la información correspondiente el médico tratante seleccionará en la misma plataforma, el establecimiento de salud público o privado que corresponda, donde el afiliado o pensionado haya estado hospitalizado y que tenga registro de las atenciones recibidas, cuyo director médico o su equivalente, debe completar los campos que correspondan, para luego firmarlo y timbrarlo. El establecimiento de salud remitirá automáticamente una copia al correo del solicitante. Si el solicitante lo requiere también se le podrá entregar en forma física.

La AFP al recibir el certificado adjunto a la solicitud, deberá comprobar su autenticidad ingresando el número de serie en la plataforma, para verificar que corresponda a un certificado correctamente emitido. La Administradora deberá además verificar que el certificado esté debidamente timbrado y firmado, que la identidad del paciente, por el que se otorga el certificado médico, coincida con la identidad del solicitante y que el médico tratante se encuentre inscrito en el registro de prestadores individuales de la Superintendencia de Salud.

3. Solicitud del beneficio

3.1. Formato de la Solicitud

Para acceder al beneficio, se deberá presentar una solicitud en la Administradora en la cual el afiliado o beneficiario mantenga vigente su afiliación o esté recibiendo su pensión, a través de cualquiera de los canales de servicio de la AFP. La solicitud para acceder al beneficio de enfermo terminal deberá estar disponible en los canales presenciales, remotos y digitales de la AFP.

Nota de actualización: Este párrafo fue modificado por la Norma de Carácter General Nº 302, de fecha 5 de octubre de 2022.

En el caso de un afiliado a una AFP que a la vez es beneficiario de pensión de sobrevivencia en la misma o en otra AFP, deberá presentar la solicitud como afiliado o como beneficiario en la Administradora que corresponda, y la certificación a que dé origen dicha solicitud será útil para el otorgamiento de beneficios como enfermo terminal para ambas calidades, esto es, tanto para su calidad de afiliado, como para su calidad de beneficiario de pensión de sobrevivencia.

Nota de actualización: Este párrafo fue agregado por la Norma de Carácter General Nº 302, de fecha 5 de octubre de 2022.

La Administradora debe implementar un formulario electrónico para la presentación de las solicitudes denominado "Solicitud de Certificación de Enfermo Terminal", con la opción de adjuntar el certificado que acredite su condición de salud debidamente firmado y timbrado, la autorización para los Consejos Médicos, y demás antecedentes.

Para el ingreso de la solicitud, la Administradora deberá contar con el certificado médico, que cumpla con el formato del anexo 2 y la autorización para los Consejos Médicos, de acuerdo al formato del anexo 3. Se entenderá que la fecha de solicitud será a contar de la recepción conforme de estos documentos.

El formato de la solicitud por cualquier vía, deberá incluir, la siguiente información:

• N° solicitud (Correlativo AFP. código AFP. año) (Este campo debe ser llenado por la Administradora). • Fecha de la solicitud. Corresponde a la fecha de la suscripción de la solicitud.

• RUT del solicitante (corresponde al RUT del afiliado o pensionado para quien se solicita el beneficio). • N° de serie o número de identificación del documento. • Nombre del solicitante (nombres y apellidos, del afiliado o pensionado, según corresponda). • Tipo de afiliado o pensionado: 1: Activo; 2: Pensionado por vejez 3: Pensionado por invalidez total 4: Pensionado por Ley 16.744 5: Pensionado por invalidez parcial transitoria 6: Pensionado por invalidez parcial definitiva 7: Pensionado por pensión de sobrevivencia

• Cubierto por el Seguro de Invalidez y Sobrevivencia (llenado opcional por parte del afiliado): SI/NO • Fecha de nacimiento. • Sexo: F/M • Domicilio del solicitante: Calle, N°, Departamento o casa, Villa o población, Comuna, Ciudad, Región. • Lugar donde cumple reposo: marcar una de las siguientes alternativas, Domicilio registrado; establecimiento hospitalario; otro. • Domicilio lugar de reposo (completar si en lugar de reposo se contesta algo distinto a Domicilio registrado): Calle, N°, Departamento o casa, Villa o población, Comuna, Ciudad, Región. • Fono contacto 1, obligatorio. • Fono contacto 2, opcional. • Correo electrónico (obligatorio).

• Mandatario: SI/NO • Datos del mandatario: obligatorio si se respondió SI en Mandatario: Nombre completo, RUT, fono de contacto, Email, todos campos obligatorios. • Se debe adjuntar copia del mandato correspondiente y declaración jurada, según corresponda, anexo a la solicitud (de acuerdo al formato del Anexo 1). • Indicar Modalidad de pago del beneficio al mandatario, en caso de mandato otorgado con facultad de cobro y percepción del beneficio. • Se debe adjuntar Certificado Médico: corresponde al certificado emitido según normativa (de acuerdo al formato del Anexo 2), Documento en PDF o JPG obligatorio (los datos de identificación del solicitante y el diagnóstico son campos obligatorios, deben venir completos en el certificado). • Se debe adjuntar Autorización para acceso de médicos del Consejo Médico a la Ficha Clínica del solicitante, de acuerdo al formato del Anexo 3. Los solicitantes deben llenarlo, firmarlo y adjuntarlo en formato PDF o JPG o presencialmente. • De forma opcional, se pueden adjuntar otros antecedentes médicos, correspondientes al conjunto de antecedentes médicos adicionales proporcionados por el afiliado o pensionado en formato PDF o JPG. • Declaración de beneficiarios de pensión de sobrevivencia (Nombre completo, número de cédula de identidad, Relación de parentesco, Fecha de nacimiento, género/sexo y condición de invalidez, según corresponda). • Autorizo a la AFP para que suscriba a mi nombre la Solicitud de Aporte Previsional Solidario, en caso de corresponder. • Solicito traspaso de Aporte Previsional Voluntario SI/NO, indicar AFP o instituciones autorizadas (distintas a Compañías de Seguros de Vida) y montos totales o parciales. • Solicito traspaso de fondos de mi cuenta de ahorro voluntario SI/NO, indicar AFP. • Indico tener Depósitos Convenidos SI/NO, indicar las instituciones autorizadas o AFP. • Indico tener Ahorro Previsional Voluntario Colectivo SI/NO, indicar las instituciones autorizadas o AFP. • Solicito traspaso de saldo desde la Administradora de Fondos de Cesantía. SI/NO • Modalidad de pago del beneficio (Las modalidades de pago deben listarse y el afiliado o pensionado podrá elegir dos opciones, una principal y una alternativa en caso de falla de la principal): Se deberá ofrecer primero la opción de depósito en cuentas corrientes, vista o de provisión de fondos de instituciones bancarias, financieras o cajas de compensación. Para lo anterior se deberá informar el N° de cuenta, Tipo de cuenta y nombre de la entidad. Respecto a la cuenta informada para el pago, las Administradoras deberán incluir un mensaje que señale: "No está autorizado el depósito en cuentas bipersonales (con más de un titular), ni en cuentas digitales con procesos de apertura no presenciales, evite el rechazo de su solicitud." Luego, se deberán ofrecer las otras opciones: el pago en efectivo, indicando los proveedores, y el vale vista.

• Medio de emisión de la solicitud: online/presencial • Nombre y RUT de encargado de la AFP que verificó la identidad del afiliado o pensionado, en caso de solicitud presencial o con intervención de ejecutivo de la AFP • Para su envío al Consejo Médico, la Administradora deberá completar en la solicitud los siguientes campos, en base al certificado médico adjuntado por el afiliado:

- Fecha de emisión del certificado médico, la fecha no puede ser anterior a 3 meses contado desde la fecha de la solicitud
- Institución de salud identificada en el certificado médico
- Nombre y RUT del médico tratante

El formulario de solicitud deberá incluir instrucciones de llenado y opciones de ayuda contextual para apoyar el ingreso de datos.

El primer dato a requerir para el llenado de la solicitud, debe ser el número de cédula de identidad del afiliado o pensionado, incluyendo la serie o número de documento, el que debe ser validado en

línea, al igual que la calidad de afiliado o pensionado en la AFP, no permitiendo continuar el ingreso de datos de no validarse correctamente estas dos variables. En este caso, deberá informar en línea al afiliado o pensionado el motivo por el cual no le permite continuar con el proceso.

Los siguientes campos requerirán doble digitación en el llenado de la solicitud: serie o número de documento de la cédula de identidad, dirección de correo electrónico, número de teléfono, y número de cuenta bancaria, o de instituciones financieras, incluyendo cooperativas de ahorro y crédito, y cuentas de provisión de fondos en cajas de compensación rechazando la información en caso de no ser coincidente. En el caso de la serie o número de documento de la cédula de identidad sólo se debe permitir el ingreso de letras mayúsculas. Deberá validar asimismo que los campos de correo electrónico y teléfono cumplan con la estructura de éstos.

En caso que no se completen los campos de información referidos a ahorros voluntarios, la Administradora deberá igualmente permitir avanzar en la suscripción del formulario de solicitud del beneficio.

En todo caso, al recepcionar una solicitud, la AFP deberá informar verbalmente o por escrito, al afiliado o al representante, lo siguiente:

i. Que al suscribir el citado formulario está iniciando su trámite para certificar su calidad de enfermo terminal, el que podrá ser apelado ante el Consejo Médico de Apelación. ii. Que si se encuentra tramitando una pensión de vejez o vejez anticipada, dicho trámite se deberá suspender, para proceder con el trámite de pensión para enfermo terminal. En caso de ser rechazada su certificación de enfermo terminal, la solicitud de pensión de vejez o vejez anticipada se reanudará. iii. Que en caso de no estar pensionado y estar cubierto por el SIS o para acceder a beneficios complementarios, se solicitará su calificación de invalidez. iv. Que la evaluación o reevaluación de invalidez que esté en trámite, continuará aun cuando se hubiese negado la certificación de enfermo terminal por parte del consejo Médico de la Superintendencia. v. Que el objetivo de la solicitud de pensión de invalidez es que, en caso de aprobarse, se realice el pago del aporte adicional por parte de las Compañías de seguros de vida correspondientes o que se pueda acceder a otras prestaciones como pensionado por invalidez, como la liquidación del Bono de Reconocimiento o el acceso al pilar solidario. vi. El detalle del trámite completo de la certificación y de la calificación de invalidez en carácter prioritario, y sus posibles resultados. vii. Que si el dictamen del Consejo Médico declara su calidad de enfermo terminal tendrá derecho a percibir una renta temporal por un período de doce meses, la que se calculará dejando una reserva para pagar pensiones de sobrevivencia y la cuota mortuoria y, si cuenta con fondos suficientes, a retirar excedente de libre disposición, lo que eventualmente podrá agotar el saldo de la cuenta obligatoria. viii. Que en ningún caso, una vez certificado como enfermo terminal, podrá optar por una pensión bajo la modalidad de renta vitalicia. ix. Que los antecedentes por él entregados serán evaluados por los médicos del Consejo Médico de la Superintendencia y, además, si corresponde, para la calificación de la invalidez, por integrantes de la Comisión Médica Regional aun cuando podrán no ser determinantes por sí solos y formarán parte del correspondiente expediente de invalidez y de certificación de enfermo terminal. x. Que la solicitud presentada debe complementarse con el certificado médico exigido por Ley para estos efectos, firmado por el médico tratante y el director médico o su equivalente de la institución de salud pública o privada en la que se ha tratado o se está tratando.

3.2. Solicitudes por servicio telefónico (call center)

Las Administradoras deberán implementar procedimientos para la recepción de solicitudes a través de servicio telefónico, las que se sujetarán a las mismas instrucciones que las solicitudes efectuadas a partir del sitio web o canales digitales, en particular, lo relativo a la información a proporcionar al solicitante.

En este caso, las atenciones deberán ser grabadas, informando de ello al afiliado o pensionado y estar disponibles para la fiscalización de esta Superintendencia.

Se entenderá que la fecha de solicitud será a contar de la recepción conforme, de los documentos establecidos en el número 1 de este capítulo.

3.3. Solicitudes de beneficios por mandato o declaración jurada

La solicitud de beneficios por mandato o declaración jurada podrá realizarse principalmente por vía remota a través de la página Web de la respectiva Administradora o a través de los canales digitales habilitados para ello, conforme a lo indicado en el párrafo siguiente.

Las solicitudes podrán presentarse de acuerdo a lo especificado en el número 1. anterior, a través de mandatarios que cuenten con un mandato o poder general amplio, vigente, otorgado por escritura pública o por instrumento privado con firma autorizada ante Notario Público. Alternativamente, el afiliado o pensionado podrá otorgar un mandato especial simple de acuerdo al formulario establecido en el Anexo 1, en cuyo caso el mandatario deberá prestar la declaración jurada que se incluye en dicho anexo. Asimismo, se autorizan mandatos con firma electrónica avanzada, de acuerdo a la ley N° 19.799, con los debidos resguardos para evitar la ocurrencia de fraudes.

En caso que el mandante haya otorgado un mandato para un trámite de cobro de pensión en la AFP, que se encuentre vigente, se permitirá usar ese mandato para la tramitación de la solicitud y cobro de los beneficios como enfermo terminal.

El sitio web y los canales digitales, deben tener la opción para que el mandatario adjunte los respectivos mandatos.

Las solicitudes presenciales, incluyendo aquellas por mandato, se sujetarán a las mismas disposiciones que aquéllas presentadas a través del sitio web de las Administradoras, particularmente, en lo relativo a la información a proporcionar de parte del afiliado o pensionado, o su mandatario, así como la información que debe entregarle la Administradora.

En caso que el afiliado o pensionado no pueda expresar su voluntad, la solicitud de los beneficios podrá ser tramitada por un curador, un mandatario general o especial, cuyo poder haya sido otorgado por escritura pública o por instrumento privado con firma autorizada ante Notario.

Las declaraciones juradas que se presenten deberán contener el siguiente mensaje:

"El declarante que, con el objeto de obtener o facilitar la obtención indebida de los beneficios que establece la ley, para sí o para terceros, ocultare la identidad de todos o alguno de los beneficiarios; proporcionare antecedentes falsos o dolosamente ocultare antecedentes fidedignos, en perjuicio del solicitante, de una Administradora, de una Compañía de Seguros o del Fisco, será sancionado con las penas que establece el artículo 467 del Código Penal."

La Administradora deberá implementar todos los mecanismos que aseguren la integridad y confidencialidad de la información presentada y deberá dejar registro del trámite y de los documentos que se presenten. Asimismo, deberán verificar siempre la autenticidad e integridad de todos los mandatos simples y de las declaraciones juradas que reciban. Además, deberán verificar la veracidad e integridad de aquellos otorgados por escritura pública o con firma autorizada ante Notario, cuando su autenticidad les merezca reparos.

Para efectos de lo anterior, deberá emplear tanto los datos que consten en la base de datos histórica de la AFP, como aquellos proporcionados en el formulario de solicitud del beneficio, debiendo dejar constancia de las acciones realizadas para verificar la autenticidad de los documentos, por medios fiscalizables. El beneficio solicitado no podrá ser tramitado mientras la Administradora no haya efectuado las acciones de verificación antes referidas. Además podrá, entre otras actividades, solicitar la ratificación de la voluntad del solicitante en visitas a su domicilio o lugar de residencia o a través de video conferencias, u otros procedimientos no presenciales, respecto de los cuales deberá quedar un registro auditable. Solo una vez verificada la autenticidad, el documento será válido para dar curso a la solicitud del beneficio y los otros actos cuyo mandato refiere.

Este procedimiento especial de validación no se aplica a los mandatos conferidos con anterioridad a la vigencia de esta Ley, que hayan sido otorgados para el cobro de pensiones, que se encuentren vigentes, los que pueden ser usados para la tramitación de la solicitud.

3.4. Solicitudes de beneficios para menores de edad

El Padre/Madre o quien tenga la patria potestad del menor solicitante, podrá realizar la solicitud y percibir los pagos de las rentas temporales.

3.5. Fecha de presentación de la solicitud

La fecha de la presentación corresponderá al día del ingreso de la solicitud, independientemente de que el solicitante la hubiere presentado con documentos faltantes o no válidos. Para su subsanación o rechazo se aplicará lo establecido en el numeral 4.6 siguiente.

Nota de actualización: Este numeral fue agregado por la Norma de Carácter General Nº 302, de fecha 5 de octubre de 2022.

4. Mecanismos de seguridad y revisión de la solicitud

4.1. Solicitudes digitales Vía internet

Cuando la solicitud sea efectuada a través del sitio web, canales digitales y canales remotos, la Administradora deberá implementar la validación de la cédula de identidad como mecanismo de autentificación remota.

En caso que la cedula de identidad no sea validada correctamente, el afiliado o pensionado se podrá autentificar con su clave de seguridad u otro mecanismo de autentificación que la AFP implemente para validar la identidad del trabajador y mitigar el riesgo de fraude.

Los mecanismos de autentificación que la AFP implemente, distintos de los ya en aplicación, deben contar con la evaluación de riesgos de la Gerencia de Riesgo de la AFP.

4.2. Solicitudes presenciales

Cuando la solicitud sea efectuada de manera presencial, la Administradora deberá requerir la presentación de la cédula de identidad de los afiliados o pensionados, o bien podrá validarlo con su huella digital u otro mecanismo de autentificación implementado por la AFP.

Además, en el caso de solicitantes con cédula de identidad bloqueada o vencida más allá del plazo establecido en los Decretos N° 34, de 2020, y 11 y 116, de 2021, del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, o de aquellos que los prorroguen, modifiquen o reemplacen, las Administradoras deberán implementar el ingreso de la solicitud autentificando con huella digital al afiliado o pensionado solicitante.

4.3. Revisión de la solicitud

Al recepcionar una solicitud, la Administradora deberá verificar si se trata de un afiliado o pensionado con saldo real o nocional en su cuenta de capitalización individual de cotizaciones obligatorias o de afiliado voluntario o depósitos convenidos. Si posee saldo cero en dichas cuentas deberá rechazarse la solicitud a menos que tenga Bono de reconocimiento emitido mayor a cero, o solicite traspaso de depósitos convenidos, APV, APVC, CAV o desde el Seguro de Cesantía, o se encuentre cubierto por el Seguro de Invalidez y Sobrevivencia. En caso de los beneficiarios de pensión de sobrevivencia, la Administradora deberá verificar la existencia del subsaldo que les corresponda.

Una vez realizado el ingreso a trámite de la solicitud, la Administradora deberá verificar en línea si el afiliado tiene un trámite de pensión de vejez o de vejez anticipada vigente. En cuyo caso el sistema deberá desplegar un mensaje que comunique que la aprobación del beneficio de enfermo terminal dará término al trámite de pensión de vejez o vejez anticipada.

Además, la Administradora debe verificar que el afiliado o pensionado, no tenga una solicitud de enfermo terminal en trámite en los Consejos Médicos.

La Administradora deberá entregar o remitir al correo electrónico informado en la solicitud, un comprobante de la solicitud ingresada.

4.4. Validación del certificado médico

Respecto de los correspondientes certificados médicos, las AFP deberán validar, en primer lugar, los siguientes datos:

a. Que el RUT del médico tratante esté en el Registro Nacional de Prestadores Individuales de Salud.

b. Que la fecha de emisión del certificado tenga una antigüedad no superior a 3 meses.

c. Que adjunte autorización para acceder a la ficha clínica debidamente firmada.

d. Que los datos correspondientes al Establecimiento de Salud, de la sección H. Identificación del establecimiento de salud donde recibe las atenciones, Identificación persona encargada de entregar

información y de la sección I. Identificación del director médico o su delegado del establecimiento de salud, del Anexo 2., deben siempre estar completos.

Nota de actualización: Esta letra fue agregada por la Norma de Carácter General Nº 302, de fecha 5 de octubre de 2022.

Además, la Administradora deberá validar la coincidencia de los nombres y RUT del certificado con aquellos que corresponden al afiliado o pensionado. Asimismo, deberá verificar que el informe se encuentre debidamente llenado en todos los campos correspondientes a la identificación del afiliado o pensionado, que esté firmado por el médico tratante y por el director médico de la institución de salud donde recibió tratamiento, su subrogante o alguna persona designada por él para estos efectos y timbrado por la institución.

Cuando el certificado tenga una fecha de emisión superior a tres meses, le indicará al solicitante que debe presentar un certificado con fecha más reciente, debidamente llenado, timbrado y firmado.

En caso que la validación del certificado médico no sea aprobada, la Administradora deberá, al día hábil siguiente de su recepción, informar al afiliado o pensionado la necesidad de efectuar las correcciones necesarias.

4.5. Comunicación al afiliado o pensionado

Al día hábil siguiente de remitida la solicitud de certificación y sus antecedentes al Consejo Médico, la Administradora deberá informar de dicha derivación al afiliado o pensionado. En esta comunicación se debe advertir que el Consejo Médico puede requerir la presentación de antecedentes adicionales. La comunicación será remitida al correo electrónico o al teléfono celular registrado en la solicitud y a aquéllos que estén registrados previamente en la base de datos si fueran diferentes. En caso que el solicitante no posea correo electrónico, se podrá informar mediante comunicación telefónica la que deberá ser registrada mediante grabación. Finalmente, en caso que se cuente solo con la dirección del afiliado, la Administradora deberá enviar una carta certificada en el plazo de un día hábil desde la aceptación o rechazo administrativo de la solicitud.

En la referida comunicación la administradora deberá informar al afiliado acerca de la posibilidad de revisar el estado de su trámite ante el Consejo Médico, accediendo con su clave única al siguiente link: https://set.spensiones.cl.

Nota de actualización: Este párrafo fue agregado por la Norma de Carácter General Nº 302, de fecha 5 de octubre de 2022.

4.6. Subsanación y Rechazo de la Solicitud

En caso de requerirse al afiliado o pensionado la realización de correcciones en la solicitud o en el certificado médico, el plazo para efectuarlas será de 10 días hábiles desde que le sean solicitados por la Administradora, es decir, desde la comunicación efectuada por vía telefónica o mediante correo electrónico. Tratándose de carta certificada, desde el tercer día hábil contado desde el despacho del documento. Cualquiera sea el medio de comunicación empleado, la Administradora deberá dejar un registro de lo obrado. Una vez finalizado este plazo sin que el solicitante haya presentado en la Administradora la corrección solicitada, se procederá a rechazar la solicitud.

Nota de actualización: Este párrafo fue modificado por la Norma de Carácter General Nº 302, de fecha 5 de octubre de 2022.

En caso de presentar nuevamente un documento no válido, se debe informar el plazo que resta para el vencimiento del plazo entregado originalmente. En caso de no entregar la documentación válida en ese plazo, se deberá rechazar la solicitud y el afiliado o pensionado deberá presentar una nueva solicitud.

Nota de actualización: Este párrafo fue agregado por la Norma de Carácter General Nº 302, de fecha 5 de octubre de 2022.

En caso de rechazo de la solicitud, las Administradoras deberán comunicarlo a los afiliados o pensionados, indicando con detalle, la causa del rechazo, evitando mensajes generales que no permitan al solicitante conocer con exactitud las razones de dicho rechazo. En la comunicación que informa el

rechazo, se deberá indicar que se puede realizar una nueva solicitud y consecuentemente, el plazo para el otorgamiento del beneficio se contará desde la la presentación de ésta, si corresponde.

Nota de actualización: Este párrafo fue modificado por la Norma de Carácter General Nº 302, de fecha 5 de octubre de 2022.

5. Solicitud de Beneficios como ET cuando existe una Orden de Traspaso notificada y aceptada en la Administradora de destino

En el caso que un afiliado suscriba una solicitud de beneficios como enfermo terminal en la Administradora donde registre afiliación y que con anterioridad haya suscrito una Orden de Traspaso en otra AFP y que a la fecha en que se ingresó la referida solicitud la Orden de Traspaso ya se encuentre notificada por la respectiva AFP, la Administradora deberá aplicar lo instruido en el número 1 del Capítulo XXVI., de la Letra A, del Título III, del Libro I, de este Compendio, como si se tratara de la situación prevista (fallecimiento del afiliado) en el número 1 del Capítulo XX. Fallecimiento o Invalidez de un afiliado en un proceso de traspaso entre AFP, de la citada Letra A.

Si con posterioridad a la fecha de la operación señalada en el párrafo anterior, el afiliado suscribe una solicitud de beneficios como enfermo terminal, la Administradora antigua deberá aplicar las instrucciones establecidas en el número 6 del referido Capítulo XX, para lo cual la expresión "el aviso del fallecimiento" debe entenderse como la suscripción de la referida solicitud.

Por su parte, en el caso de aquellos afiliados en que se encuentre pendiente de pago el aporte adicional o el proceso de liquidación del Bono de Reconocimiento, el proceso de traspaso deberá dejarse sin efecto hasta que se ingrese una nueva solicitud de traspaso posterior a la acreditación en la cuenta individual del aporte adicional o del Bono de Reconocimiento, según corresponda.

A su vez, el afiliado que desee suscribir una solicitud de beneficios como enfermo terminal desde el día hábil precedente al del traspaso de los fondos, deberá efectuarla en la nueva Administradora, la cual estará obligada a recepcionar la citada solicitud y para efectos de los plazos contemplados para la tramitación del beneficio, se entenderá que la solicitud se presentó al día hábil siguiente de la fecha en que se materializó el traspaso de fondos. Si en este mismo periodo de tiempo un afiliado quisiera suscribir la respectiva solicitud en la AFP antigua, a través de sus distintos canales de atención, ésta deberá proporcionar al afiliado toda la información y orientación necesaria para que efectúe el trámite de certificación como enfermo terminal en la nueva AFP.

Una vez dejada sin efecto la Orden de Traspaso, la Administradora deberá notificar al afiliado de este hecho, dentro de los 5 días hábiles siguientes a la fecha en que se dejó sin efecto dicha orden. La comunicación se efectuará a través de los medios que la Administradora estime convenientes, debiendo conservar los respaldos que permitan acreditar el cumplimiento de dicha obligación. Además, en dicha comunicación se deberá informar al afiliado que una vez efectuado el primer pago de la pensión definitiva de enfermo terminal, éste podrá suscribir una nueva Orden de Traspaso.

La Administradora deberá notificar al afiliado pensionado por enfermedad terminal, cuando se haya efectuado el primer pago de la renta temporal y el pago del excedente, cuando corresponda. Dicha notificación se podrá efectuar mediante la incorporación de una nota en el comprobante de pago de pensión del referido primer pago o dentro de los dos días hábiles siguiente de efectuado el primer pago de su pensión, a través de los medios que la Administradora estime convenientes, debiendo conservar los respaldos que permitan acreditar el cumplimiento de dicha obligación. Además, se deberá indicar que a contar de la fecha del primer pago de la renta temporal y del excedente, cuando corresponda, podrá suscribir una nueva Orden de Traspaso en la AFP a la cual desea traspasar sus saldos.

6. Procesos posteriores a la aceptación administrativa de la Solicitud

Una vez aceptada a trámite la solicitud, la Administradora deberá:

6.1 Verificar la calidad del afiliado o pensionado: activo, pensionado vejez, vejez anticipada, invalidez, sobrevivencia o pensionado de la Ley 16.744.

Nota de actualización: este número fue modificado por la Norma de Carácter General N°372, emitida el 18 de agosto de 2026.

Además, en el caso de un afiliado activo, deberá verificar si tiene en curso un trámite de pensión, de existir alguno deberá proceder de acuerdo a lo siguiente:

6.1.1. Si se trata de una solicitud de invalidez o de reevaluación de invalidez esta seguirá su curso y la Administradora deberá remitir a la Comisión Medica Regional que corresponda copia del certificado médico correspondiente, junto con copia todos los antecedentes adicionales aportados por el afiliado o pensionado, a fin que acoja el trámite de invalidez al procedimiento prioritario para enfermos terminales, de acuerdo a lo señalado en el Capítulo XIII, de la letra D., de este Título. Este envío debe ser a más tardar el día hábil siguiente de validada la solicitud y mediante trasmisión electrónica, para que sea incorporado al respectivo expediente de calificación de invalidez.

Para la implementación de la Ley 21.309, la Fundación Administración de Comisiones Médicas (FACM) y las AFP deberán tener en funcionamiento un nuevo Web Service paralelo al actualmente disponible, para que permita el envío de la copia del certificado médico y demás antecedentes solicitando así prioridad como enfermo terminal para una solicitud de calificación de invalidez en curso. Además, dicha Fundación deberá marcar la solicitud de calificación de invalidez que está en curso como "enfermo terminal" de acuerdo a la ley.

6.1.2. En caso que el solicitante hubiese declarado en la solicitud un hijo inválido y éste no contare con un dictamen de invalidez, deberá ser calificado en la Comisión Médica Regional que corresponda. El envío de la solicitud de calificación debe ser efectuada conjuntamente con la del solicitante. No obstante, la Administradora deberá proceder con el trámite de los beneficios asumiendo que el hijo es inválido.

6.1.3. Si se encontrase en trámite de una pensión de vejez o vejez anticipada, la administradora deberá suspender dicho trámite y proceder con el de pensión para enfermo terminal, una vez que sea notificada la Administradora por parte de los Consejos Médicos.

6.1.4. Para el caso de pensionados de sobrevivencia el beneficio de renta temporal se calculará respecto del subsaldo que corresponda, no teniendo derecho al excedente de libre disposición.

6.1.5. Para quienes optaron por Renta Temporal con Renta Vitalicia Diferida y se encuentran en el periodo de Renta Temporal, tendrán derecho a reducir el monto de la Renta Temporal hasta el valor de una Pensión Garantizada Universal (PGU) y retirar como excedente la diferencia que se genera entre la Renta Temporal y la PGU.

Nota de actualización: Este numeral fue modificado por la Norma de Carácter General Nº 302, de fecha 5 de octubre de 2022.

6.2 Verificar la existencia de fondos disponibles en la cuenta de capitalización individual del afiliado.

6.3 Enviar al Consejo Médico la solicitud, de acuerdo a lo establecido en el punto 7. Siguiente.

6.4 Determinar la cobertura del seguro de invalidez y sobrevivencia, de acuerdo al Libro II, Título I, letra D, Capitulo II, letra f., en el caso de afiliados activos.

6.5 Tratándose de afiliados no pensionados o pensionados por invalidez parcial con pensiones transitorias, sin una solicitud de calificación de invalidez en trámite, deberá generar automáticamente la solicitud de calificación de invalidez o de reevaluación de invalidez, si se trata de un afiliado cubierto por el SIS o que tenga derecho a bono de reconocimiento o que sea potencial beneficiario de Garantía Estatal o Aporte Previsional Solidario, y remitir copia del certificado médico y demás antecedentes presentados por el afiliado a la CMR, a fin que las Comisiones médicas realicen la calificación de invalidez de acuerdo con el procedimiento prioritario establecido para estos casos en el capítulo XIII, de la letra D, de este Título.

En dicho caso, se utilizarán los formularios de Calificación de Invalidez y de Reevaluación de Invalidez que se encuentran vigentes, los que deberán ser remitidos a través del web service a que se refiere el segundo párrafo del punto 6.1.1 anterior.

La solicitud de calificación de invalidez deberá incluir una marca que identifique el caso como prioritario por tratarse de un enfermo terminal.

La Administradora no deberá, bajo ninguna circunstancia, restringir la recepción de antecedentes médicos adicionales que el afiliado o pensionado desee adjuntar.

En el caso de afiliados de la Ley 16.744 no corresponde solicitar la calificación de invalidez.

6.6 Acreditar los beneficiarios de pensión de sobrevivencia declarados en la solicitud por los afiliados no pensionados, en base a la siguiente documentación :

- Cónyuge: Certificado de nacimiento y matrimonio.
- Conviviente Civil: Certificado de nacimiento y de Acuerdo de Unión Civil.
- Hijos no inválidos: Certificado de nacimiento.
- Hijos inválidos: Certificado de nacimiento y dictamen de invalidez.
- Hijo por nacer a contar del quinto mes de gestación: Certificado médico extendido por el Servicio de Salud respectivo, de acuerdo a lo establecido en el decreto supremo Nº 75, de 1974, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, que contiene el reglamento del decreto ley Nº 307, de 1974.
- Madre o Padre de Hijo de Filiación no Matrimonial: Certificado de nacimiento.
- Padres del Causantes: Certificado de nacimiento.
- Cónyuge anulado: Certificado de nacimiento y matrimonio con la inscripción de nulidad. Mantendrán su derecho, en el caso de afiliados pensionados, si hubieren sido declarados como beneficiarios al otorgamiento de la pensión.

La Administradora estará obligada a obtener los certificados antes señalados o la información correspondiente, de acuerdo con los antecedentes disponibles en la declaración de beneficiarios del afiliado, en sus Bases de Datos y en el Servicio de Registro Civil e Identificación. En el caso de hijos por nacer con al menos cinco meses de gestación, será responsabilidad del afiliado proporcionar la certificación médica respectiva. Si un beneficiario hijo, corresponde a un afiliado declarado inválido parcial, aun cuando se encuentre dentro del período transitorio acreditará la calidad de beneficiario inválido mediante su Dictamen de Invalidez.

En esta instancia no se deberá exigir el cumplimiento de otros requisitos como por ejemplo, ser estudiante, tener un cierto periodo de tiempo de matrimonio vivir a expensas, etc., ya que estos requisitos se deben cumplir al momento del fallecimiento del afiliado. En consecuencia, los potenciales beneficiarios de pensión de sobrevivencia deben ser considerados para determinar el capital necesario, para resguardar las pensiones de sobrevivencia que se deriven.

Con todo, si la AFP toma conocimiento de la existencia de un beneficiario, deberá incorporarlo, aun cuando no se encuentre declarado.

Nota de actualización: Este párrafo fue agregado por la Norma de Carácter General Nº 302, de fecha 5 de octubre de 2022.

6.7 Solicitar la liquidación del Bono de Reconocimiento en caso de corresponder, de acuerdo al procedimiento establecido en Libro III, Titulo III, letra B, Capítulo VI.

6.8 Solicitar a las instituciones autorizadas que correspondan los Depósitos Convenidos y Ahorro Previsional Voluntario destinados al beneficio, lo anterior de acuerdo al procedimiento establecido en el Libro II, Título II, del Compendio de Normas del Sistema de Pensiones.

6.9 Efectuar la constitución de saldos disponibles para el financiamiento del beneficio de acuerdo al número 1., del Capítulo III siguiente.

6.10 Determinar el monto máximo de la renta temporal y el monto máximo de excedente de libre disposición e informar al afiliado las opciones y los efectos tributarios, de acuerdo al punto 2., del Capítulo III siguiente.

6.11 Iniciar el pago de la Renta Temporal y efectuar el pago del excedente, de acuerdo al punto 3. del Capítulo III siguiente.

6.12 En forma previa a tramitar una solicitud de calificación de invalidez, la Administradora deberá verificar si el afiliado tiene la calidad de beneficiario de una PBSI. Para ello, deberá revisar el archivo 1.1 Consulta de PBS de Invalidez y APS de Invalidez, del Anexo VII del Informe "Sistema de Pensiones Solidarias: Transferencia de datos entre el IPS, las AFP y las CSV", disponible en el sitio web de la Superintendencia de Pensiones en la referencia *http://www.spensiones.cl/descripArchivos*.

Para el afiliado que se encuentre recibiendo una PBSI, pero que no se encuentra pensionado por invalidez del DL 3.500, de 1980, será válido el dictamen que sirvió de base al otorgamiento del beneficio

solidario, razón por la que la Administradora no deberá enviar la respectiva solicitud a la Comisión Médica Regional, salvo que corresponda una reevaluación.

6.13 Analizar la cuenta individual, rezagos y morosidad.

7. Envío de la solicitud al Consejo Médico

A más tardar al segundo día hábil, contado desde admitida a tramitación la solicitud del afiliado o pensionado, la Administradora deberá enviarla al Consejo Médico, acompañada del respectivo certificado médico, la autorización para acceso a la ficha clínica y demás antecedentes que el afiliado o pensionado hubiere adjuntado a aquélla. La Administradora no deberá, bajo ninguna circunstancia, restringir la recepción de antecedentes médicos adicionales que el afiliado o pensionado desee adjuntar. El envío se deberá realizar por Transferencia Electrónica de Archivos en formato XML según las definiciones publicadas en la página Web de la Superintendencia en el apartado Transferencia electrónica de archivos N°28 en el siguiente enlace *https://www.spensiones.cl/apps/tea/esquemasXMLTEA.php?id=xsd.*

En caso que la Administradora envíe la Solicitud de beneficio por Ley de enfermo terminal (SET) con datos inconsistentes o incompletos, ésta será devuelta en forma automática por las siguientes causales:

• Solicitud duplicada

• Rut del solicitante es inválid0

• Solicitante ingresa una nueva solicitud teniendo una en trámite

• Fecha de emisión del certificado médico no es actual

• Fecha de la solicitud debe ser inferior o igual a la fecha de envío de la solicitud

• Mandato adjunto no válido

Nota de actualización: La última viñeta de este párrafo fue agregada por la Norma de Carácter General Nº 302, de fecha 5 de octubre de 2022.

Una vez ingresada la solicitud en el Consejo, este debe revisar los antecedentes ingresados y podrá devolver la Solicitud (SET) a la Administradora, por las siguientes causales:

• Certificado Médico no corresponde al normado • Certificado Médico no corresponde al solicitante • Certificado Médico incompleto • Certificado Médico ilegible • Autorización para acceso a ficha clínica incompleta

La Administradora, deberá contactar al solicitante para que complete o rectifique el certificado, el mandato y/o la autorización para acceso a ficha clínica, o sea la misma Administradora la que corrija la solicitud, según corresponda. Para ello, la Administradora dispondrá de un plazo de dos días hábiles, luego del cual deberá remitir al Consejo la misma solicitud, por la misma vía del envío original, con los antecedentes corregidos. La administradora deberá dejar registro de las gestiones realizadas.

Nota de actualización: Este párrafo fue modificado por la Norma de Carácter General Nº 302, de fecha 5 de octubre de 2022.

Si en el plazo señalado, la Administradora no logra realizar las rectificaciones correspondientes, deberá rechazar la solicitud por no cumplir con los requisitos mínimos para su ingreso al Consejo, informando claramente los motivos de dicho rechazo al solicitante.Además, deberá informar al Consejo y a la Superintendencia, mediante carta mensual, u otro sistema que establezca la Superintendencia, los casos rechazados del mes correspondiente.

Nota de actualización: Este párrafo fue modificado por la Norma de Carácter General Nº 302, de fecha 5 de octubre de 2022.

En caso que los antecedentes que se hubiesen solicitado rectificar, no hubiesen sido aportados dentro del plazo indicado en el párrafo anteprecedente, pero fuesen entregados dentro del plazo de

15 días hábiles contado desde el rechazo antes mencionado, la AFP, de oficio, generará una nueva solicitud, considerando los antecedentes aportados en la solicitud original, lo que también deberá ser comunicado al solicitante dentro del plazo de dos días hábiles contados desde el ingreso de oficio de la nueva solicitud.

Nota de actualización: Este párrafo fue agregado por la Norma de Carácter General Nº 302, de fecha 5 de octubre de 2022.

Comunicación de resultados entre el Consejo Médico y las Administradoras

El Consejo Médico notificará la aprobación o rechazo de la certificación de enfermo terminal a la Administradora, en un plazo de dos días hábiles contados desde su emisión, enviando por medios electrónicos idóneos, la respectiva certificación. Toda certificación de enfermo terminal que sea aceptada, se entenderá ejecutoriada desde su dictación.

En caso de no presentarse una apelación en el plazo de cinco días hábiles, se entenderá ejecutoriada la certificación que rechaza la solicitud y deberá ser notificada a la Administradora respectiva y al afiliado al día hábil siguiente, por medios electrónicos idóneos. Asimismo, el Consejo Médico de Apelación informará a la Administradora el resultado de las apelaciones que se presenten, enviando por medios electrónicos idóneos, dentro del plazo de dos días hábiles de emitida, la resolución de enfermo terminal.

En caso que, la Administradora tome conocimiento del fallecimiento de un afiliado a través de la presentación de un certificado de defunción o reciba una carta de desistimiento de la solicitud por parte del afiliado o de su representante, encontrándose en trámite su solicitud de pensión de enfermo terminal, deberá informar al Consejo Médico a más tardar al día hábil siguiente de la recepción de estos documentos, enviándolos por medios electrónicos idóneos. Lo mismo deberá aplicar en caso de recibir nuevos antecedentes médicos por parte del afiliado.

Nota de actualización: Este Capítulo fue agregado por la Norma de Carácter General Nº 283, de fecha 16 de junio de 2021, que agregó la Letra D1 a este Título I.