

Libro III, Título IV, Anexos

Anexo N° 3 Notificación de decisión relativa a una solicitud de Pensión

LOGO A.F.P.

NOTIFICACIÓN DE DECISIÓN RELATIVA A UNA SOLICITUD DE PENSIÓN

D D M M A A A A <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Fecha de la Solicitud de Pensión	D D M M A A A A <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Fecha emisión de la Notificación
--	--

CONVENIO

1. TITULAR DE LA PENSIÓN

Apellido Paterno y Materno	Nombre(s)	Apellido de Casada
<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>
N° Seguro o de Identificación en el otro Estado		N° Cédula Nacional de Identidad o R.U.N en Chile
<input style="width: 90%;" type="text"/>		<input style="width: 90%;" type="text"/> - <input style="width: 20px;" type="text"/>

2. IDENTIFICACIÓN DEL AFILIADO FALLECIDO *

Apellido Paterno y Materno	Nombre(s)	Apellido de Casada
<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>
N° Seguro o de Identificación en el otro Estado		N° Cédula Nacional de Identidad o R.U.N en Chile
<input style="width: 90%;" type="text"/>		<input style="width: 90%;" type="text"/> - <input style="width: 20px;" type="text"/>

* Llenar este recuadro cuando el titular corresponda a un beneficiario de pensión de sobrevivencia

3. TIPO DE PENSIÓN

Vejez <input type="checkbox"/>	Invalidez	Transitoria <input type="checkbox"/> Definitiva <input type="checkbox"/>	Vejez Anticipada <input type="checkbox"/>	Sobrevivencia <input type="checkbox"/>
Fecha límite para reevaluación, en caso de invalidez transitoria:				
D D M M A A A A <input style="width: 100%;" type="text"/>				

4. PROCESO DE LA TRAMITACIÓN

ACEPTACIÓN

Modalidad de Pensión	Fecha de Devengamiento	Fecha Primer Pago
<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>
Monto Mensual (U.F):	Monto Mensual en (\$)	
<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>	
Moneda en que se efectuará el pago	<input style="width: 90%;" type="text"/>	
Totalización de Periodo de Seguros	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

RECHAZO
 En caso de rechazo, motivos por los cuales no se otorgó la prestación solicitada:

OBSERVACIONES

5. ANTECEDENTES DE LA ADMINISTRADORA

Nombre y Firma del Representante de la AFP

Nota de actualización: Este Anexo fue modificado por la Norma de Carácter General N° 101, de fecha 26 de diciembre de 2013. Posteriormente fue modificado por la Norma de Carácter General N° 225, de fecha 4 de abril de 2018.