

Libro III, Título III, Letra B, Anexos

Anexo N° 5 Solicitud de Trámites de Bono de Reconocimiento

I. TIPO DE TRÁMITE DE PENSIÓN

VEJEZ	
VEJEZ ANTICIPADA	
INVALIDEZ PARCIAL PRIMER DICTAMEN AFILIADO NO CUBIERTO	
INVALIDEZ DEFINITIVA	
SOBREVIVENCIA	

II. DATOS DE LA SOLICITUD

1.1. Nombre de la AFP	
1.2. Fecha Solicitud	dd/mm/aaaa
1.3. N° de Solicitud	ZZZ-00001-200X (2)

III. INFORMACIÓN DEL AFILIADO

2.1. Rut	
2.2. Nombre	Apellido Paterno / Apellido Materno / Nombres
2.3. Sexo	Masculino: Femenino:
2.4. Fecha de Nacimiento	dd/mm/aaaa
2.5. Domicilio actual	Calle / Numeración / Comuna / Ciudad
2.6. Teléfono de contacto	
2.7. Recibe pensión del Antiguo Sistema	Si: No:
2.8. Fecha de afiliación al Nuevo Sistema	dd/mm/aaaa
2.9. Medio por el cual deseo ser notificado	Correo postal, casilla, correo electrónico, otro

IV. INFORMACIÓN DEL BONO DE RECONOCIMIENTO (3)

3.1. Número Bono de Reconocimiento:	99-999.999-X
3.2. Fecha de Notificación del Bono	dd/mm/aaaa
3.3. Bono calculado por alternativa	(4) 1, 2, 3, 4, 7, 8, 9

3.4 Tipo de Bono (5)	3.5 Valor Nominal	3.6 N° Registro (6)	3.7 Tipo de Formato (7)	3.8. Estado de Tramitación del Bono (8)

V. TRÁMITE SOLICITADO (9)

4.1. Visación	<input type="checkbox"/>
----------------------	--------------------------

4.2. Liquidación	<input type="checkbox"/>
-------------------------	--------------------------

4.3. Corrección	<input type="checkbox"/>
------------------------	--------------------------

Causal	Vejez (10)
--------	------------

Fecha Causal de Liquidación	dd/mm/aaaa
-----------------------------	------------

4.4. Reclamo (11)	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

4.4.1. Causal de Reclamo:

a) Nueva alternativa de cálculo	<input type="checkbox"/>
b) Rentas imposables erróneas	<input type="checkbox"/>
c) Tiempo de afiliación incompleto	<input type="checkbox"/>
d) Rentas paralelas mal o no consideradas	<input type="checkbox"/>
e) Fecha de afiliación errónea	<input type="checkbox"/>
f) Datos identificatorios erróneos	<input type="checkbox"/>
g) Cajas no consideradas en el cálculo	<input type="checkbox"/>
h) Monto de indemnización mal calculado	<input type="checkbox"/>

Alternativa nueva: 1, 2, 3

4.4.2. Detalle Empleador

EX CAJA DE PREVISIÓN	RAZÓN SOCIAL DEL EMPLEADOR	PERÍODO APROXIMADO	
		DESDE	HASTA
		dd/mm/aaaa	dd/mm/aaaa
		dd/mm/aaaa	dd/mm/aaaa
		dd/mm/aaaa	dd/mm/aaaa

4.5. Cobro Anticipado (12)	
4.5.1.	Ley N°2.448
4.5.2.	Ley N°19.177

Ultimo Empleador

II. ANTECEDENTES AFILIADO Caja o Institución en que cotizó por última vez antes de ingresar al Sistema de Capitalización Individual	Período Aproximado		Sólo para las Cajas señaladas en el reverso N° interno o Inscripción	R.U.T.	Nombres Empleadores
	Mes Año	Mes Año			
Otras Cajas o Instituciones en que estuvo afiliado					

III. INFORME

Procede liquidar anticipadamente el Bono de Reconocimiento SI, a contar del _____
NO

FIRMA Y TIMBRE INSTITUCION DE PREVISIÓN
RÉGIMEN ANTIGUO

FIRMA Y TIMBRE RECEPCIÓN ADMINISTRADORA

FIRMA DEL AFILIADO

FECHA SOLICITUD

VI. OBSERVACIONES GENERALES

Glosa variable y detalle de títulos que corresponden al trámite

Importante para el afiliado:

Al suscribir la solicitud de Trámite de Reclamo, el afiliado asume que el valor del Bono puede disminuir, producto del recálculo que se efectuará; en consecuencia, y en el evento que este instrumento esté liquidado, autoriza expresamente a la Administradora para efectuar giros de su cuenta de capitalización individual por el monto pagado en exceso, de acuerdo al recálculo que efectúe el Instituto de Previsión Social.

Importante para la AFP:

La persona que suscribe en nombre de la AFP _____ S.A., certifica que la totalidad de los datos registrados en la presente solicitud son copia fiel de la documentación oficial que permanece en custodia de esta Administradora.

Nombre y Firma del Afiliado	Nombre, Firma, Timbre Responsable Despacho AFP Santiago, dd/mm/aaaa	Nombre, Firma, Timbre Responsable Recepción IPS Santiago, dd/mm/aaaa
-----------------------------	---	--

Se deja constancia que a la fecha de suscripción de la presente solicitud, el Bono de Reconocimiento no se encuentra cedido ni transado.

Notas:

- (1) Indicar en Título el trámite invocado
- (2) Asignado por áreas de Bono cuando la solicitud es manual. Automático cuando se genera por sistemas.
- (3) Los campos detallados desde 3.1 a 3.8 se despliegan, según la cantidad de Bonos invocados en trámite.
- (4) Incluir alternativa y glosa.
- (5) Aplicar igual codificación de normativa más glosa. Ejemplo: 27 Bono madre.
- (6) Sólo si aplica.
- (7) Codificación más glosa. Ejemplo: 1 Antiguo.
- (8) Estado de tramitación: En trámite de emisión, Emitido, Visado, Liquidado.
- (9) Generación por sistemas. Se despliegan sólo los campos del trámite invocado en la solicitud.
Generación manual: por tipo de trámite solicitado. Ejemplo liquidación.
- (10) Despliega causal de liquidación. Ejemplo: vejez, invalidez, fallecimiento, cobro anticipado.
- (11) Generación por sistemas: Se despliega párrafo de Trámite de Reclamo sólo cuando invoca ese trámite.
En el caso de generar por sistema el formulario, se pueden omitir los trámites no invocados al imprimir.
Además, en el caso de existir formulario manual, asignar correlativo de folio en backoffice al procesar el trámite de Bono. Como este formulario incluye todos los tipos de trámite, se pueden omitir de éste los campos que no corresponden a un trámite en particular (ejemplo: datos de reclamo cuando es una visación).

(12) Instrucciones:

- a) Los nombres del padre y la madre deberán llenarse sin apellidos.
- b) El número de inscripción interna deberá registrarse en el caso de los imponentes de las siguientes instituciones:
 - Servicio de Seguro Social.
 - Caja de la Marina Mercante - Sección Tripulantes.
 - Caja de Previsión y Estímulo Empleados del Banco de Chile.
 - Caja Bancaria de Pensiones.
 - Caja de Pensiones y Estímulo Empleados del Banco del Estado de Chile.
- c) Cuando se trate de imponentes con afiliación a la Caja de Defensa Nacional, deberán indicar en el recuadro de instituciones de previsión la rama a la cual perteneció (Ejército, Marina, Aviación). Además, deberá adjuntar Hoja de Servicio en el caso de los ex-imponentes de Capredena.
- d) Caja o institución en que cotizó por última vez antes de ingresar al Sistema de Pensiones del D.L. N° 3.500, de 1980: si hubiere tenido la calidad de imponente en dos o más instituciones del régimen antiguo a la fecha de su afiliación al sistema de capitalización individual, se deberá poner en el recuadro correspondiente, el nombre del Emisor del Bono de Reconocimiento.

