



# SOLICITUD UNICA DE BENEFICIOS PREVISIONALES

AREA: **ACTIVOS**  **PENSIONADOS**  N°Expediente  -  -

Nombre Solicitante \_\_\_\_\_ RUT

## I.- Antecedentes Internos

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nombre Ex - Caja Previsión	Código	Nombre Sucursal I.N.P. Receptora	Código	Región
Régimen o Sector <input type="text"/>	Fecha 1° Entrevista <input type="text"/>	Fecha Recepción Ult. antecedente <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

## SOLICITA

Beneficios Jubilatorios	Beneficios Sobrevivencia	Beneficios en Actividad o Devengados
<input type="checkbox"/> •Vejez	<input type="checkbox"/> •Viudez	<input type="checkbox"/> •Bonificación Art.19 Ley 15.386
<input type="checkbox"/> •Antigüedad	<input type="checkbox"/> •Orfandad	<input type="checkbox"/> •Liberación o Rebaja Imposiciones
<input type="checkbox"/> •Invalidez	<input type="checkbox"/> •Pensión Madre Hijos No Matrimoniales	<input type="checkbox"/> •Indemnización
<input type="checkbox"/> •Expiración Obligada de Funciones	<input type="checkbox"/> •Pensión Vitalicia	<input type="checkbox"/> •Desahucio Ley 15.386
<input type="checkbox"/> •Pensión Asistencial Art.27 Ley 15.386	<input type="checkbox"/> •Seguro de Vida	<input type="checkbox"/> •Desahucio D.L. 2.562
<input type="checkbox"/> •Rejubilación	<input type="checkbox"/> •Dote matrimonial	<input type="checkbox"/> •Desahucio Capremec: Opción A) _____ Opción B) _____
<input type="checkbox"/> •Reliquidación	<input type="checkbox"/> •Acercamiento	<input type="checkbox"/> •Otras _____
<input type="checkbox"/> •Aumento de Pensión Art.39 Ley 10.383	<input type="checkbox"/> •Indemnización por Muerte	
	<input type="checkbox"/> •Prórroga de Orfandad (Ley 19454)	
	<input type="checkbox"/> •Bono de menor	

## II.- Identificación del Imponente o Causante

<input type="text"/>		
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
Rut <input type="text"/>	Sexo <input type="checkbox"/> 1. Masculino <input type="checkbox"/> 2. Femenino	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	Fecha de Nacimiento	Fecha de Fallecimiento
Estado Civil <input type="checkbox"/> 1. Casado <input type="checkbox"/> 2. Soltero <input type="checkbox"/> 3. Viudo	N° Inscripción <input type="text"/>	N° Póliza S.S.S <input type="text"/>
Tipo pensión <input type="text"/>	Lugar Nacimiento <input type="text"/>	
Nombre del Padre <input type="text"/>	Nombre de la Madre <input type="text"/>	

## III.- Antecedentes del Pago

<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Domicilio		Población o Sector	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Comuna	Ciudad	Teléfono	Casilla
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Correo	Código Postal	Sucursal de Pago	Cód. Sucursal.
C.I.L.P. <input type="text"/>	N° Cuenta <input type="text"/>	Tipo de Cuenta <input type="checkbox"/> 1. Ahorro <input type="checkbox"/> 2. Corriente	
Forma de Pago <input type="text"/>	Banco <input type="text"/>	Sucursal Banco <input type="text"/>	

**IV.- Identificación Solicitantes Beneficios de Sobrevivencia**

<b>Apellido Paterno</b>	<b>Apellido Materno</b>	<b>Nombres</b>	<b>Rut</b>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>Domicilio, Población, Comuna, Ciudad</b>			<b>Teléfono</b>
<input type="text"/>			<input type="text"/>
Estado Civil <input type="checkbox"/>	1. Casado 2. Soltero 3. Viudo	Fecha Nacimiento <input type="text"/>	Parentesco <input type="text"/>
Forma Pago <input type="checkbox"/>	CILP <input type="text"/>	Sexo <input type="checkbox"/>	1. Masculino 2. Femenino
<b>Firma Beneficiario</b>			

---

<b>Apellido Paterno</b>	<b>Apellido Materno</b>	<b>Nombres</b>	<b>Rut</b>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>Domicilio, Población, Comuna, Ciudad</b>			<b>Teléfono</b>
<input type="text"/>			<input type="text"/>
Estado Civil <input type="checkbox"/>	1. Casado 2. Soltero 3. Viudo	Fecha Nacimiento <input type="text"/>	Parentesco <input type="text"/>
Forma Pago <input type="checkbox"/>	CILP <input type="text"/>	Sexo <input type="checkbox"/>	1. Masculino 2. Femenino
<b>Firma Beneficiario</b>			

---

<b>Apellido Paterno</b>	<b>Apellido Materno</b>	<b>Nombres</b>	<b>Rut</b>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>Domicilio, Población, Comuna, Ciudad</b>			<b>Teléfono</b>
<input type="text"/>			<input type="text"/>
Estado Civil <input type="checkbox"/>	1. Casado 2. Soltero 3. Viudo	Fecha Nacimiento <input type="text"/>	Parentesco <input type="text"/>
Forma Pago <input type="checkbox"/>	CILP <input type="text"/>	Sexo <input type="checkbox"/>	1. Masculino 2. Femenino
<b>Firma Beneficiario</b>			

---

<b>Apellido Paterno</b>	<b>Apellido Materno</b>	<b>Nombres</b>	<b>Rut</b>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>Domicilio, Población, Comuna, Ciudad</b>			<b>Teléfono</b>
<input type="text"/>			<input type="text"/>
Estado Civil <input type="checkbox"/>	1. Casado 2. Soltero 3. Viudo	Fecha Nacimiento <input type="text"/>	Parentesco <input type="text"/>
Forma Pago <input type="checkbox"/>	CILP <input type="text"/>	Sexo <input type="checkbox"/>	1. Masculino 2. Femenino
<b>Firma Beneficiario</b>			

---

<b>Apellido Paterno</b>	<b>Apellido Materno</b>	<b>Nombres</b>	<b>Rut</b>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>Domicilio, Población, Comuna, Ciudad</b>			<b>Teléfono</b>
<input type="text"/>			<input type="text"/>
Estado Civil <input type="checkbox"/>	1. Casado 2. Soltero 3. Viudo	Fecha Nacimiento <input type="text"/>	Parentesco <input type="text"/>
Forma Pago <input type="checkbox"/>	CILP <input type="text"/>	Sexo <input type="checkbox"/>	1. Masculino 2. Femenino
<b>Firma Beneficiario</b>			

---

<b>Apellido Paterno</b>	<b>Apellido Materno</b>	<b>Nombres</b>	<b>Rut</b>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>Domicilio, Población, Comuna, Ciudad</b>			<b>Teléfono</b>
<input type="text"/>			<input type="text"/>
Estado Civil <input type="checkbox"/>	1. Casado 2. Soltero 3. Viudo	Fecha Nacimiento <input type="text"/>	Parentesco <input type="text"/>
Forma Pago <input type="checkbox"/>	CILP <input type="text"/>	Sexo <input type="checkbox"/>	1. Masculino 2. Femenino
<b>Firma Beneficiario</b>			

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Rut
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Domicilio, Población, Comuna, Ciudad			Teléfono
<input type="text"/>			<input type="text"/>
Estado Civil <input type="checkbox"/>	1. Casado 2. Soltero 3. Viudo	Fecha Nacimiento <input type="text"/>	Parentesco <input type="text"/>
Forma Pago <input type="checkbox"/>	CILP <input type="text"/>		Sexo <input type="checkbox"/>
			1. Masculino 2. Femenino
Firma Beneficiario			

  

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Rut
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Domicilio, Población, Comuna, Ciudad			Teléfono
<input type="text"/>			<input type="text"/>
Estado Civil <input type="checkbox"/>	1. Casado 2. Soltero 3. Viudo	Fecha Nacimiento <input type="text"/>	Parentesco <input type="text"/>
Forma Pago <input type="checkbox"/>	CILP <input type="text"/>		Sexo <input type="checkbox"/>
			1. Masculino 2. Femenino
Firma Beneficiario			

### V.- Antecedentes Previsionales

Nombre o Razón Social del Empleador	Ex - Caja Previsión	Desde	Hasta

### VI.- Antecedentes Complementarios

Hizo el Servicio Militar? <input type="checkbox"/>	1. Si 2. No	Desde <input type="text"/>	Hasta <input type="text"/>	F.Reconoc. <input type="text"/>
Presentó solicitud de Continuidad de la Previsión? <input type="checkbox"/>	1. Si 2. No	Fecha de Solicitud <input type="text"/>	Ex - Caja de Previsión <input type="text"/>	
Se encuentra acogido a Subsidio de Cesantía? <input type="checkbox"/>	1. Si 2. No	Desde <input type="text"/>	Hasta <input type="text"/>	

### VII.- Antecedentes Laborales

Domicilio último empleador	Ultimo Cargo u Oficio desempeñado
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Cargos por los que solicita jubilar (1) _____	
(2) _____	(3) _____

### VIII.- Régimen de Salud (Si va a cotizar en una Isapre, adjunte certificado actualizado e indique:)

Régimen de Salud <input type="checkbox"/>	1. Isapre 2. Fonasa	Nombre de la Isapre <input type="text"/>	Cotización pactada <input type="text"/>
---	------------------------	--	---

Obs: _____

## DECLARACIONES JURADAS

### PARA BENEFICIOS JUBILATORIOS

Yo, \_\_\_\_\_  
R.U.T. \_\_\_\_\_ y, previa lectura.

**DECLARO** bajo juramento, que conozco lo dispuesto por los Artículos 41 al 44 de la Ley N°12.084, que sancionan criminalmente a los que simulen calidades o hagan declaraciones falsas con el objeto de obtener beneficios previsionales, por lo que asumo la correspondiente responsabilidad legal, afirmando que todos los datos consignados a continuación son verdaderos.

- 1.- Estoy afiliado a una A.F.P. SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ (En caso de ser efectivo, indique si se está desafiando y procure señalar N° de Resolución \_\_\_\_\_ y Fecha \_\_\_\_\_).
- 2.- Estoy tramitando otra Solicitud de Beneficios Previsionales SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ (Si la respuesta es SI, indicar en qué Organismo ) \_\_\_\_\_
3. Percibo otra pensión o indemnización SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ (Si la respuesta es SI, señale los datos que se consignan a continuación).  
Tipo de Pensión \_\_\_\_\_ Institución Pagadora \_\_\_\_\_ Monto \$ \_\_\_\_\_  
Tipo de Pensión \_\_\_\_\_ Institución Pagadora \_\_\_\_\_ Monto \$ \_\_\_\_\_  
Tipo de Pensión \_\_\_\_\_ Institución Pagadora \_\_\_\_\_ Monto \$ \_\_\_\_\_
- 4.-Percibo otros ingresos SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_. En caso afirmativo, especificarlos y señalar Institución Pagadora  
Monto \$ \_\_\_\_\_ Causal \_\_\_\_\_
- 5.- Me comprometo a devolver cualquier suma cobrada indebidamente y autorizo al I.N.P. para que descunte de mi primera liquidación de pensión (o de otro beneficio) y si esta no alcanzare, mensualmente de mi pensión, las sumas que legalmente correspondieren, de acuerdo a los procedimientos establecidos.
- 6.- Declaro que SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ he obtenido jubilación por las imposiciones que estoy considerando en el presente beneficio.
- 7.- Que el beneficio de Invalidez que estoy impetrando se originó por Enfermedad Profesional o Accidente del Trabajo SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

### PARA BENEFICIOS DE SOBREVIVENCIAS

YO, \_\_\_\_\_

Cédula Nacional de Identidad N° \_\_\_\_\_, domiciliada en \_\_\_\_\_

**Declaro** bajo juramento que los datos consignados a continuación son verdaderos.

- a) Que mi estado civil actual es \_\_\_\_\_ y el de los beneficiarios solicitantes, es el señalado en el punto IV de esta solicitud.
- b) Que el Causante del Beneficio se encontraba afiliado a una A.F.P., al momento de fallecer SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ (Sólo imponentes fallecidos en actividad).
- c) Que estoy tramitando o iniciaré trámite de pensión en otra caja SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ Identifique la Institución \_\_\_\_\_
- d) Que percibo otra (s) pensión (es) SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ (Cuál o Cuáles). Institución que la paga \_\_\_\_\_ Monto Mensual \_\_\_\_\_ Causal \_\_\_\_\_
- e) Que percibo otros ingresos SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ En caso afirmativo, indicarlos y señalar: Institución que la paga \_\_\_\_\_ Monto Mensual \_\_\_\_\_ Causal \_\_\_\_\_
- f) Que el imponente fallecido tenía hijos inválidos mayores de edad, SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
- g) Que mi cónyuge dejó ascendencia, que careciendo de rentas, vivían a sus expensas SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
- h) Que espero hijo póstumo del fallecido SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
- i) Que el fallecimiento se originó debido a una Enfermedad Profesional o Accidente del Trabajo SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
- j) **Que soy la única o somos los únicos** solicitantes con derecho. SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_. Si la respuesta es NO, indique: N° de beneficiarias mujeres \_\_\_\_\_ N° hijos varones menores de 21 años \_\_\_\_\_ y los siguientes datos de los otros beneficiarios.

Nombre _____	Edad _____	Parentesco _____	Es inválido _____
Nombre _____	Edad _____	Parentesco _____	Es inválido _____
Nombre _____	Edad _____	Parentesco _____	Es inválido _____
Nombre _____	Edad _____	Parentesco _____	Es inválido _____

- k) Que en caso de contraer matrimonio, me comprometo a dar aviso a la Sucursal I.N.P. más cercana a mi domicilio, dentro de los 30 días siguientes a su celebración.
- l) Que tengo conocimiento de lo dispuesto en los Arts. 41°, 42°, 43° y 44° de la Ley N°12.084, que sanciona criminalmente a los que simulen calidades o hagan falsas declaraciones con el objeto de obtener beneficios previsionales.
- m) Que en el evento de aparecer otro (s) beneficiario (s) con igual o mejor derecho, me obligo a restituir en su totalidad, lo percibido indebidamente.

\_\_\_\_\_  
Firma del Solicitante o Representante Legal

\_\_\_\_\_  
Nombre, firma y timbre funcionario responsable

Ante mí, \_\_\_\_\_  
Nombre, Firma y Timbre (Ministro de Fe).

\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_