**Nº de FOLIO:** Haga clic aquí para escribir texto.

**MANDATO PARA TRÁMITE DE PENSIÓN DE VEJEZ O INVALIDEZ**

Con fecha Haga clic aquí para escribir texto. de Haga clic aquí para escribir texto. de Haga clic aquí para escribir texto. y por medio del presente instrumento, yo Haga clic aquí para escribir texto., RUT Haga clic aquí para escribir texto. , de nacionalidad Haga clic aquí para escribir texto. , de Sexo Elija un elemento. , nacidoHaga clic aquí para escribir una fecha., estado civil Elija un elemento., de profesión u oficio Haga clic aquí para escribir texto., domiciliado en Haga clic aquí para escribir texto., comuna de Haga clic aquí para escribir texto. , ciudad de Haga clic aquí para escribir texto., teléfono Haga clic aquí para escribir texto., correo electrónico Haga clic aquí para escribir texto.(Si dispone) e incorporado a la Institución de Salud Haga clic aquí para escribir texto., confiero poder a Don Haga clic aquí para escribir texto., RUT Haga clic aquí para escribir texto., domiciliado en Haga clic aquí para escribir texto., comuna de Haga clic aquí para escribir texto., ciudad de Haga clic aquí para escribir texto., teléfono Haga clic aquí para escribir texto. y correo electrónico Haga clic aquí para escribir texto. (si dispone), para que en mi nombre suscriba en AFP Haga clic aquí para escribir texto.. Una solicitud de Pensión de Elija un elemento.-

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

- Nombre: Haga clic aquí para escribir texto.

- RUT: Haga clic aquí para escribir texto.

- Dirección: Haga clic aquí para escribir texto.

- Teléfono: Haga clic aquí para escribir texto.

- Correo electrónico (si dispone): Haga clic aquí para escribir texto.

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 |
| Haga clic aquí para escribir texto. | Haga clic aquí para escribir texto. | Haga clic aquí para escribir texto. | Haga clic aquí para escribir texto. | Haga clic aquí para escribir texto. | Haga clic aquí para escribir texto. |
| Haga clic aquí para escribir texto. | Haga clic aquí para escribir texto. | Haga clic aquí para escribir texto. | Haga clic aquí para escribir texto. | Haga clic aquí para escribir texto. | Haga clic aquí para escribir texto. |
| Haga clic aquí para escribir texto. | Haga clic aquí para escribir texto. | Haga clic aquí para escribir texto. | Haga clic aquí para escribir texto. | Haga clic aquí para escribir texto. | Haga clic aquí para escribir texto. |

**Nº de FOLIO:** Haga clic aquí para escribir texto.

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

 SI NO

Deseo pensión preliminar [ ]  [ ]

Solicito aporte previsional solidario (APS) [ ]  [ ]

Recibo pensión antiguo sistema [ ]  [ ]

* Entidad Pagadora: Haga clic aquí para escribir texto.
* Fecha de otorgamiento: Haga clic aquí para escribir una fecha.

Recibo pensión de invalidez de este Sistema [ ]  [ ]

Deseo que mi pensión se ajuste a la pensión mínima, si resulta inferior a ella [ ]  [ ]

Deseo que mi pensión de ajuste a la pensión básica solidaria, si resulta

inferior a ella. [ ]  [ ]

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. [ ]  [ ]

Destinaré Ahorro Previsional Voluntario al financiamiento de mi pensión [ ]  [ ]

* Nombre de la AFP o institución autorizada: Haga clic aquí para escribir texto.

Destinaré Ahorro Previsional Voluntario Colectivo al financiamiento de mi pensión [ ]  [ ]

* Nombre de la AFP o institución autorizada:Haga clic aquí para escribir texto.

Traspasaré fondos desde mi Cuenta de Ahorro Voluntario para el financiamiento de mi pensión [ ]  [ ]

* Nombre de la AFP o institución autorizada: Haga clic aquí para escribir texto.

Poseo depósitos convenidos [ ]  [ ]

* Nombre de la AFP o institución autorizada: Haga clic aquí para escribir texto.

Traspasaré Fondos desde mi Cuenta Individual de Cesantía [ ]  [ ] Tengo cotizaciones en otro país [ ]  [ ]

* País: Haga clic aquí para escribir texto.

Tengo periodos de residencia en otro país [ ]  [ ]

* País: Haga clic aquí para escribir texto.

Deseo cambiar de Tipo de Fondo [ ]  [ ]

Me encuentro en la siguiente situación (tratándose de solicitudes de Invalidez):

- Trabajador dependiente [ ]

- Desempleado por un periodo no mayor a doce meses [ ]

- Trabajador Independiente [ ]

- Afiliado voluntario [ ]

 SI NO 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.

**Nº de FOLIO:** Haga clic aquí para escribir texto.

Asimismo, autorizo al mandatario para:

1. Suscribir solicitud de Calificación de Invalidez (el mandato SI NO

deberá indicar los datos necesarios para suscribir la ficha de

datos personales para solicitud de calificación de invalidez). [ ]  [ ]

1. Completar y suscribir el listado de antecedentes médicos

aportados par tramitar la solicitud de calificación de invalidez

(el mandato deberá especificar los antecedentes médicos aportados). [ ]  [ ]

1. Suscribir solicitud de Bono de Reconocimiento [ ]  [ ]
2. Suscribir información respecto del estado del trámite de pensión [ ]  [ ]
3. Retirar en la AFP el Certificado de saldo [ ]  [ ]
4. Suscribir formulario “Destino de Cotizaciones Voluntarias” [ ]  [ ]
5. Suscribir solicitud de cambio de modalidad de pensión [ ]  [ ]
6. Suscribir solicitud de cálculo de excedente de libre disposición [ ]  [ ]

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.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Haga clic aquí para escribir texto. Haga clic aquí para escribir texto.

 Nº de Registro: Haga clic aquí para escribir texto.