

SOLICITUD DE PENSION ADICIONAL – AFILIADO PENSIONADO

FECHA suscripción

DIA	MES	AÑO

TIPO DE PENSION ORIGINAL Vejez Edad Vejez Anticipada Invalidez

ANTECEDENTES AFILIADO	
Apellidos Paterno y Materno	
Nombres	
RUT	Estado Civil
Fecha de Nacimiento	Profesión o actividad
SEJO: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	
Dirección del afiliado (Calle, N°, Depto., Población o Villa, Comuna, Ciudad)	
Teléfono	Institución de Salud
Compañía de Seguros con la cual tiene contratada la Renta Vitalicia	
Tipo de Renta Vitalicia	

PAGO PRELIMINAR	
DESEA PENSIÓN PRELIMINAR	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

OTROS ANTECEDENTES															
<ul style="list-style-type: none"> - Desea que su pensión se ajuste a la pensión mínima si resulta inferior - Destinará Cotizaciones Voluntarias al financiamiento de su pensión - Destinará Depósitos de Ahorro Previsional Voluntario al financiamiento de su Pensión - Traspasará Fondos desde su Cuenta de Ahorro Voluntario - Traspasará Ahorro Previsional colectivo en otro AFP - Tiene Depósitos Convenidos 	<table border="1"> <tr> <th>Si</th> <th>No</th> </tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </table>	Si	No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si	No														
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														
Donde _____															
- Desea Cambiar de Tipo de Fondo	<table border="1"> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														

DECLARACION DE BENEFICIARIOS					
Apellido Paterno, Materno, Nombre	Sexo	RUT	Fecha de Nacimiento	Parentesco	Inválido (Si/No)

NOTAS: LOS DEPOSITOS CONVENIDOS ENTERADOS EN OTRA AFP O INSTITUCIÓN AUTORIZADA DEBERAN SER TRASPASADOS POR EL AFILIADO A SU CUENTA INDIVIDUAL DE MODO QUE FORMEN PARTE DEL FINANCIAMIENTO DE SU PENSIÓN. ASIMISMO, TIENE EL DERECHO A UTILIZAR EN EL FINANCIAMIENTO DE SU PENSIÓN LOS RECURSOS ORIGINADOS POR COTIZACIONES VOLUNTARIAS Y/O DEPOSITOS DE AHORRO PREVISIONAL VOLUNTARIO O COLECTIVO QUE ESTIME CONVENIENTE.

 Timbre-fecha recepción- nombre y Firma
 funcionario responsable en AFP

 Firma del Afiliado