

**SOLICITUD DE PENSION ADICIONAL - AFILIADO PENSIONADO**

Fecha

TIPO DE PENSIÓN ORIGINAL

Vejez Edad  Vejez Anticipada

Invalidez

**ANTECEDENTES AFILIADO**

Apellidos Paterno y Materno  Nombres

RUT  ESTADO CIVIL  SEXO: F  M

Fecha de Nacimiento  Profesión o Actividad

Dirección 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  NO

**OTROS ANTECEDENTES**

	SI	NO
- Desea que su pensión se ajuste a la pensión mínima si resulta inferior	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Destinará Cotizaciones Voluntarias al Financiamiento de su pensión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Destinará Depósitos de Ahorro Previsional Voluntario al financiamiento de su pensión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Traspasará Fondos desde su Cuenta de Ahorro Voluntario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Traspaso Ahorro previsional colectivo en otra AFP.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Tiene Depósitos Convenidos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Desea cambiar de Tipo de Fondo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Donde

**DECLARACION DE BENEFICIARIOS**

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Sexo	RUT	Fecha de Nacimiento	Parentesco	Inválido (Sí / No)

ORIGINAL : ADMINISTRADORA

**NOTAS:**

**LOS DEPOSITOS CONVENIDOS Y/O AHORRO PREVISIONAL VOLUNTARIO COLECTIVO ENTERADOS EN OTRA AFP O INSTITUCION AUTORIZADA DEBERAN SER TRASPASADOS POR EL AFILIADO A SU CUENTA INDIVIDUAL DE MODO QUE FORMEN PARTE DEL FINANCIAMIENTO DE SU PENSION.**

**ASIMISMO, TIENE EL DERECHO A UTILIZAR EN EL FINANCIAMIENTO DE SU PENSION LOS RECURSOS ORIGINADOS POR COTIZACIONES VOLUNTARIAS Y/O DEPOSITOS DE AHORRO PREVISIONAL VOLUNTARIO QUE ESTIME CONVENIENTE.**

**SOLICITUD DE PENSION ADICIONAL - AFILIADO PENSIONADO**

TIPO DE PENSIÓN ORIGINAL  Fecha   
 Vejez Edad  Vejez Anticipada   
 Invalidez

**ANTECEDENTES AFILIADO**

Apellidos Paterno y Materno  Nombres   
 RUT  ESTADO CIVIL  SEXO: F  M   
 Fecha de Nacimiento  Profesión o Actividad   
 Dirección 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  NO

**OTROS ANTECEDENTES**

	SI	NO
- Desea que su pensión se ajuste a la pensión mínima si resulta inferior	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Destinará Cotizaciones Voluntarias al Financiamiento de su pensión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Destinará Depósitos de Ahorro Previsional Voluntario al financiamiento de su pensión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Traspasará Fondos desde su Cuenta de Ahorro Voluntario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Traspaso Ahorro previsional colectivo en otra AFP.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Tiene Depósitos Convenidos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Desea cambiar de Tipo de Fondo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Donde

**DECLARACION DE BENEFICIARIOS**

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Sexo	RUT	Fecha de Nacimiento	Parentesco	Invalído (Sí / No)

COPIA: AFILIADO

**NOTAS:**

**LOS DEPOSITOS CONVENIDOS Y/O AHORRO PREVISIONAL VOLUNTARIO COLECTIVO ENTERADOS EN OTRA AFP O INSTITUCION AUTORIZADA DEBERAN SER TRASPASADOS POR EL AFILIADO A SU CUENTA INDIVIDUAL DE MODO QUE FORMEN PARTE DEL FINANCIAMIENTO DE SU PENSION.**

**ASIMISMO, TIENE EL DERECHO A UTILIZAR EN EL FINANCIAMIENTO DE SU PENSION LOS RECURSOS ORIGINADOS POR COTIZACIONES VOLUNTARIAS Y/O DEPOSITOS DE AHORRO PREVISIONAL VOLUNTARIO QUE ESTIME CONVENIENTE.**

**SOLICITUD DE PENSION ADICIONAL - AFILIADO PENSIONADO**

TIPO DE PENSIÓN ORIGINAL  Fecha   
 Vejez Edad  Vejez Anticipada   
 Invalidez

**ANTECEDENTES AFILIADO**

Apellidos Paterno y Materno  Nombres   
 RUT  ESTADO CIVIL  SEXO: F  M   
   
 Fecha de Nacimiento  Profesión o Actividad   
  
 Dirección 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  NO

**OTROS ANTECEDENTES**

	SI	NO
- Desea que su pensión se ajuste a la pensión mínima si resulta inferior	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Destinará Cotizaciones Voluntarias al Financiamiento de su pensión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Destinará Depósitos de Ahorro Previsional Voluntario al financiamiento de su pensión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Traspasará Fondos desde su Cuenta de Ahorro Voluntario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Traspaso Ahorro previsional colectivo en otra AFP.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Tiene Depósitos Convenidos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Desea cambiar de Tipo de Fondo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Donde	<input type="text"/>	

**DECLARACION DE BENEFICIARIOS**

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Sexo	RUT	Fecha de Nacimiento	Parentesco	Invalído (Sí / No)

COPIA 2: AGENCIA

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

Timbre y Firma funcionario responsable AFP

Firma del Afiliado