

## SOLICITUD DE RETIRO DE FONDOS POR TRABAJADOR PENSIONADO

FOLIO

Tipo Solicitante :

1 = Afiliado Pensionado

2 = Mandatario

FECHA DE RECEPCION

REGION	AFP	SUCURSAL	DIA	MES	AÑO

DOCUMENTACION RECEPCIONADA

Ultima liquidación de pago de pensión

Poder legal original o fotocopia legalizada (mandatario)

**SECCION 1: DATOS DEL AFILIADO :** (Dejar un espacio en blanco entre los apellidos y nombres)

RUT	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES
FECHA NACIMIENTO	SEXO	INSTITUCION PAGADORA PENSION	TIPO DE PENSION
DIA    MES    AÑO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	1.- Masc. <input type="checkbox"/>  2.- Fem. <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Vejez Edad <input type="checkbox"/> Invalidez por Accidente de Trabajo o Enfermedad <input type="checkbox"/> Vejez Anticipada <input type="checkbox"/> Invalidez Común                      Profesional
NIVEL DE EDUCACION	1= Sin Estudios 2= Educ. Básica 3= Educ. Media Científica - Humanista 4=Media Técnica - Profesional 5= Centro de Formación Técnica o Instituto Profesional 6= Universidad Pregrado 7= Universidad Postgrado		N° de Años Aprobados
<input type="checkbox"/>			<input type="text"/>
DOMICILIO ACTUAL			
Calle	N°	Depto. N°/ Block/ Sector/ Población/ Villa	Región    Ciudad    Comuna    Casilla    Correo
Código Postal	Teléfono	E-Mail	

**SECCION 2 : MANDATARIO**

RUT	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES
<b>OBSERVACION                      LA AGENCIA DEBERA RECEPCIONAR ORIGINAL DEL PODER LEGAL O FOTOCOPIA LEGALIZADA ANTE NOTARIO</b>			

**SECCION 3 : MODALIDAD Y FECHA DE PAGO**

<p><b>SELECCION MODALIDAD DE PAGO</b></p> <p>1.- Efectivo <input type="checkbox"/></p> <p>2.- Cheque nominativo domicilio <input type="checkbox"/></p> <p>3.- Giros postales o radiales <input type="checkbox"/></p> <p>En caso del N° 4 indicar: Nombre Banco y Suc. : <input style="width: 150px;" type="text"/>      Código Banco <input style="width: 100px;" type="text"/></p>	<p>4.- Depósitos en :</p> <p>a) Cta. Cte. <input type="checkbox"/></p> <p>b) Cta. Ahorro <input type="checkbox"/></p> <p>c) Cta. a la Vista <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;">N° Cta.Cte., Vista o Ahorro: <input style="width: 100px;" type="text"/></p>
FECHA DE PAGO PRESTACION : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	LUGAR DE PAGO : <input style="width: 150px;" type="text"/>

DECLARO BAJO JURAMENTO QUE TODOS LOS DATOS CONTENIDOS EN LA PRESENTE SOLICITUD CORRESPONDEN FIELMENTE A LA VERDAD.

FIRMA DEL TRABAJADOR PENSIONADO  
O DEL MANDATARIO

CERTIFICO QUE HE TENIDO ANTE MI VISTA LOS DOCUMENTOS DE IDENTIFICACION DEL SOLICITANTE: LIQUIDACION DE PAGO DE PENSION, Y QUE LOS DATOS ALLI CONSIGNADOS CORRESPONDEN A AQUELLOS CONTENIDOS EN ESTA SOLICITUD.

FIRMA - TIMBRE  
NOMBRE Y RUT FUNCIONARIO AFC