

TRÁMITES DE BENEFICIOS LEY N°16.744 – LEY N°19.345

(ACCIDENTE DEL TRABAJO Y ENFERMEDADES PROFESIONALES)

Sucursal **ISL** Receptora

Fecha Recepción

Fecha Envío

I. IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIO: (Marque el o los beneficios a solicitar)

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> INDEMNIZACIÓN | <input type="checkbox"/> PENSIÓN DE VIUDEZ | <input type="checkbox"/> SUBSIDIO |
| <input type="checkbox"/> PENSIÓN INVALIDEZ PARCIAL | <input type="checkbox"/> PRÓRROGA VIUDEZ | <input type="checkbox"/> REEMBOLSO SUBSIDIO |
| <input type="checkbox"/> PENSIÓN INVALIDEZ TOTAL | <input type="checkbox"/> PENSIÓN DE CONVIVENCIA (MHFNM) | <input type="checkbox"/> CUOTA MORTUORIA ESCOLAR |
| <input type="checkbox"/> PENSIÓN GRAN INVALIDEZ | <input type="checkbox"/> PRÓRROGA CONVIVENCIA (MHFNM) | <input type="checkbox"/> SALDO INSOLUTO |
| <input type="checkbox"/> PENSIÓN ESCOLAR | <input type="checkbox"/> PENSIÓN DE ORFANDAD | <input type="checkbox"/> REVISIÓN BENEFICIO |
| <input type="checkbox"/> PRÓRROGA ESCOLAR | <input type="checkbox"/> PRÓRROGA ORFANDAD | <input type="checkbox"/> REACTIVACIÓN BENEFICIO |
| <input type="checkbox"/> SUPLEMENTO ART. 41 | <input type="checkbox"/> DOTE MATRIMONIAL | <input type="checkbox"/> OTRO: _____ |
| <input type="checkbox"/> PRÓRROGA ART. 41 | <input type="checkbox"/> ASIGNACIÓN FAMILIAR | |

II. IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR, PENSIONADO O CAUSANTE:

Nombre	
RUT	
Dirección	
Ciudad	
Teléfono Fijo	
Teléfono Celular	
Correo electrónico	
Previsión (AFP o Ex Caja)	
Régimen Salud	

III. IDENTIFICACIÓN CÓNYUGE O MADRE DE HIJOS DE FILIACIÓN NO MATRIMONIAL (MHFNM):

Nombre	
RUT	
Dirección	
Ciudad	
Teléfono Fijo	
Teléfono Celular	
Correo electrónico	
Régimen Salud	

IV. IDENTIFICACIÓN DE LOS HIJOS Y/O CARGAS FAMILIARES MENORES DE 18 AÑOS:

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nombre	Rut
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nombre	Rut
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nombre	Rut
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nombre	Rut
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nombre	Rut

V. IDENTIFICACIÓN DE HIJOS Y/O CARGAS FAMILIARES MAYORES DE 18 AÑOS:

HIJO 1

Nombre	
RUT	
Dirección	
Ciudad	
Teléfono Fijo	
Teléfono Celular	
Correo electrónico	
Régimen Salud	

1. Que , estoy afiliado a FONASA. (*)
2. Que , autorizo a mi madre-padre-apoderado para cobrar en mi nombre el beneficio que solicito. (*) (***)
3. Que no tengo mayores antecedentes que aportar.

DECLARACIÓN JURADA:

Yo, _____ RUT: _____
Declaro bajo juramento que tengo pleno conocimiento de lo establecido en los artículos 41 al 44 de la Ley N°12.084, que sanciona a quienes obtienen beneficios previsionales en forma fraudulenta.

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE MINISTRO DE FE

FIRMA DECLARANTE

HIJO 2

Nombre	
RUT	
Dirección	
Ciudad	
Teléfono Fijo	
Teléfono Celular	
Correo electrónico	
Régimen Salud	

1. Que , estoy afiliado a FONASA. (*)
2. Que , autorizo a mi madre-padre-apoderado para cobrar en mi nombre el beneficio que solicito. (*) (***)
3. Que no tengo mayores antecedentes que aportar.

DECLARACIÓN JURADA:

Yo, _____ RUT: _____
Declaro bajo juramento que tengo pleno conocimiento de lo establecido en los artículos 41 al 44 de la Ley N°12.084, que sanciona a quienes obtienen beneficios previsionales en forma fraudulenta.

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE MINISTRO DE FE

FIRMA DECLARANTE

VI. DECLARACIÓN JURADA TRABAJADOR, CÓNYUGE O MADRE DE HIJOS DE FILIACIÓN NO MATRIMONIAL:

Yo,

RUT:

Declaro bajo juramento que tengo pleno conocimiento de lo establecido en los artículos 41 al 44 de la Ley N°12.084, que sanciona a quienes obtienen beneficios previsionales en forma fraudulenta, lo siguiente:

IMPONENTE INVÁLIDO

1. No haber percibido beneficio en ningún otro Organismo por la incapacidad que declaro.
2. Que me encuentro:
 - a) En actividad: _____ (Empleador)
 - b) Cesante.
 - c) Pensionado: _____ (Institución)
3. Que los hijos que invoco como causantes de Asignación Familiar, cumplen los requisitos para ello.
4. Que , estoy afiliado a FONASA. (*)
5. Que , es mi voluntad de seguir cotizando al Nuevo Régimen Previsional. (*) (**)
6. Que no tengo mayores antecedentes que aportar.

VIUDA O MADRE DE HIJOS DE FILIACIÓN NO MATRIMONIAL

1. Que el estado civil es de: a) Soltera b) Viuda c) Divorciada
2. Que me encuentro:
 - a) En actividad: _____ (Empleador)
 - b) Cesante.
 - c) Pensionado: _____ (Institución)
3. Que los hijos que invoco como causantes de Asignación Familiar, cumplen los requisitos para ello.
4. Que , espero el nacimiento de un hijo póstumo. (*)
5. Que , tengo conocimiento que mi cónyuge haya dejado descendencia natural o adoptiva. (*)
6. Que , estoy afiliada a FONASA. (*)
7. Que no tengo mayores antecedentes que aportar.

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE MINISTRO DE FE _____

FIRMA DECLARANTE _____

NOTAS: (*) Consigne SÍ o NO según corresponda.

() Sólo afiliados a AFP, mayores de 60 años (Mujeres) y 65 años (Hombre) a la fecha de la incapacidad.**

(*) Completar sólo si corresponde. Tarje lo que no proceda.**

OPCIÓN DE PAGO TRABAJADOR, CÓNYUGE O MADRE DE HIJOS DE FILIACIÓN NO MATRIMONIAL

Nombre Cobrador		RUT	
Cta. Cte. N°		Banco	
Cta. Vista N°		Banco	
Cta. RUT N°		Banco	Estado
Pago presencial		Banco	Estado

El interesado del cobro acepta que el monto del pago, sea abonado a la Opción de Pago que ha señalado anteriormente, pago será cursado sólo si cumple con los requisitos legales que origina la obtención del beneficio.

OPCIÓN DE PAGO HIJO 1 MAYOR 18 AÑOS:

Nombre Cobrador		RUT	
Cta. Cte. N°		Banco	
Cta. Vista N°		Banco	
Cta. RUT N°		Banco	Estado
Pago presencial		Banco	Estado

El interesado del cobro acepta que el monto del pago, sea abonado a la Opción de Pago que ha señalado anteriormente, pago será cursado sólo si cumple con los requisitos legales que origina la obtención del beneficio.

OPCIÓN DE PAGO HIJO 2 MAYOR 18 AÑOS:

Nombre Cobrador		RUT	
Cta. Cte. N°		Banco	
Cta. Vista N°		Banco	
Cta. RUT N°		Banco	Estado
Pago presencial		Banco	Estado

El interesado del cobro acepta que el monto del pago, sea abonado a la Opción de Pago que ha señalado anteriormente, pago será cursado sólo si cumple con los requisitos legales que origina la obtención del beneficio.

VIII. OBSERVACIONES:

--

INSTRUCCIONES

PARA EL SOLICITANTE

1. Si su empleador está afiliado a alguna Mutualidad de Empleadores (Asociación Chilena de Seguridad, Mutual de Seguridad C.CH.C. o Instituto de Seguridad del Trabajo), deberá solicitar el beneficio en la que corresponda.
2. Si usted es mayor de 18 años y está solicitando prórroga de orfandad, situación que implica que a su madre también le asista el derecho a prorrogar pensión de viudez o pensión de madre de hijos de filiación no matrimonial, deberá informarle que es estrictamente necesario que ella solicite formalmente dicho beneficio.
3. Verifique que los datos anotados estén correctamente consignado y completos.

SUCURSAL

1. Efectúe el llenado con la documentación a la vista, la que previamente fue requerida conforme a la cartilla de antecedentes beneficios Ley N°16.744. (Anexo 1)
2. Verifique que los datos sean correctos y estén completos.
3. Revise cuidadosamente los antecedentes y obtenga del interesado la información necesaria para identificar con claridad el tipo de beneficio, si éste se trata de una prórroga o no, y si tiene pensión anterior.