



ORIGINAL

El resultado de esta solicitud se notificará en:

Domicilio
 Centro de Atención Previsional

Solicito que el pago mensual del beneficio indicado en esta solicitud se realice:

En Cuenta Bancaria N°
 Banco
 Tipo de Cuenta
 Sucursal Banco
 En Efectivo
 Plaza Pago de,
 Pago Rural de

ADÉMÁS SOLICITO RECIBIR INFORMACIÓN AL CORREO ELECTRÓNICO

También autorizo al Instituto de Previsión Social Y/O AL TELÉFONO

También autorizo al Instituto de Previsión Social para que requiera los antecedentes que estime necesarios, con el sólo objeto de verificar el cumplimiento de los requisitos para acceder al beneficio solicitado, tanto a las Administradoras de Fondos de Pensiones, a las Compañías de Seguros de Vida, al Servicio de Impuestos Internos o a otras instituciones públicas o privadas.

En caso de adquirir a futuro derecho a pensión, ya sea como titular o en calidad de beneficiario(a) de pensión de sobrevivencia, me comprometo a dar aviso en un plazo máximo de 60 días de dicha situación al Instituto de Previsión Social, con el objeto de no percibir en forma indebida el beneficio solicitado.

Además, me obligo a restituir todas las sumas indebidamente percibidas por concepto del beneficio solicitado y cualquier otra que se genere a raíz del derecho de éste, entendiéndose la presente declaración como una confesión de deuda, en los términos del artículo 435 de Código de Procedimiento Civil. Para tal efecto, autorizo el descuento de las sumas indebidamente percibidas de la pensión que reciba, así fuere procedente.

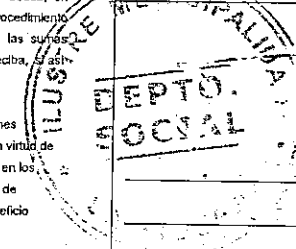
Declaro estar en pleno conocimiento de las acciones legales que se pueden interponer en mi contra, en virtud de lo dispuesto en el artículo 487 del Código Penal y en los Artículos N°41 al 44 de Ley 12.084, sobre abuso de la previsión, si percibiese indebidamente este beneficio proporcionando antecedentes falsos.

Finalmente declaro que renuncio al beneficio de garantía estatal o al derecho de pensión ajustada a la pensión mínima, si el monto del beneficio del sistema de pensiones Solidarias es mayor.

NOMBRE, FIRMA Y RUT SOLICITANTE O REPRESENTANTE

 NOMBRE
 RUT

NOMBRE, FIRMA, RUT Y TIMBRE A FUNCIONARIO AUTORIZADO



 NOMBRE
 RUT

N° DE FOLIO SISTEMA

N°
 En LA HIGUERA a de de
 Yo, RUT GENERO F M
 Apellido Paterno Apellido Materno
 Nombres
 De Nacionalidad Estado Civil Fecha Nacimiento
 Domiciliado(a) en / calle / pasaje Número Block
 Depto N° Población / Villa Comuna
 Ciudad Teléfono

SOLICITO EL BENEFICIO DE

<input type="checkbox"/> PENSIÓN BÁSICA SOLIDARIA DE VEJEZ* por lo que declaro: 1. Que tengo residencia en el territorio de la República de Chile por un lapso no inferior a 20 años, continuos o discontinuos, contados desde que cumplí los 20 años de edad, o contados desde mi nacimiento si soy declarado carente de recursos. 2. Que tengo al menos 4 años de residencia en el territorio de la República de Chile en los últimos 5 años inmediatamente anteriores a la fecha de presentación de esta solicitud.	<input type="checkbox"/> APORTE PREVISIONAL SOLIDARIO DE VEJEZ* , por lo que declaro: 1. Que tengo residencia en el territorio de la República de Chile por un lapso no inferior a 20 años, continuos o discontinuos, contados desde que cumple los 20 años. 2. Que tengo al menos 4 años de residencia en el territorio de la República de Chile en los últimos 5 años inmediatamente anteriores a la fecha de presentación de esta solicitud.
<input type="checkbox"/> PENSIÓN BÁSICA SOLIDARIA DE INVALIDEZ* por lo que declaro: 1. Que tengo residencia en el territorio de la República de Chile por un lapso no inferior a 5 años, dentro de los 6 años inmediatamente anteriores a la fecha de presentación de esta solicitud. 2. Que en el caso de obtener a futuro ingresos, ya sea por inicio o reinicio de actividades laborales, que en total sean mayores a un ingreso mínimo mensual, me comprometo a dar aviso en un plazo máximo de 60 días de dicha situación al Instituto de Previsión Social, con el objeto de no percibir en forma indebida el beneficio de Pensión Básica Solidaria de Invalidez.	<input type="checkbox"/> APORTE PREVISIONAL SOLIDARIO DE INVALIDEZ* , por lo que declaro: 1. Que tengo residencia en el territorio de la República de Chile por un lapso no inferior a 5 años, en los últimos 6 años inmediatamente anteriores a la fecha de presentación de la presente solicitud. 2. Que en el caso de obtener a futuro ingresos, ya sea por inicio o reinicio de actividades laborales, que en total sean mayores a un ingreso mínimo mensual, me comprometo a dar aviso en un plazo máximo de 60 días de dicha situación al Instituto de Previsión Social, con el objeto de no percibir en forma indebida el beneficio de Aporte Previsional Solidario de Invalidez.
<input type="checkbox"/> BONO POR HIJO , por lo que declaro: 1. Que tengo residencia en el territorio de la República de Chile por un lapso no inferior a 20 años continuos o discontinuos, contados desde que cumplí 20 años de edad y; que además tengo, al menos, 4 años de residencia en el país en los últimos 5 años inmediatamente anteriores a la presentación de esta solicitud. 2. Que los datos consignados en esta solicitud son expresión fiel de la realidad y acepto la responsabilidad de originar algún retraso en el otorgamiento de la respectiva bonificación en caso que los datos registrados no sean los correctos.	