|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |

Sucursal **ISL** ­­­Receptora Fecha Recepción Fecha Envío

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| INDEMNIZACIÓN. | PRÓRROGA VIUDEZ. | DOTE MATRIMONIAL. |
| PENSIÓN INVALIDEZ PARCIAL. | PRÓRROGA MADRE DE HIJOS DEL  CAUSANTE. | CUOTA MORTUORIA  ESCOLAR. |
| PENSIÓN INVALIDEZ TOTAL. | PRÓRROGA ORFANDAD | REVISIÓN BENEFICIO |
| PENSIÓN GRAN INVALIDEZ. | PRÓRROGA ART. 41 | REACTIVACIÓN  BENEFICIO. |
| SUPLEMENTO DE GRAN INVALIDEZ. | PRÓRROGA ESCOLAR | OTRO: |
| PENSIÓN DE VIUDEZ. | ASIGNACIÓN FAMILIAR |
| PENSIÓN MADRE DE HIJOS DEL  CAUSANTE. | PRÓRROGA ASIGNACIÓN  FAMILIAR |
| PENSIÓN DE ORFANDAD. |  |
| SUPLEMENTO ART. 41 |  |

**II. IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR(A), PENSIONADO(A) O CAUSANTE:**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombres y Apellidos |  |
| RUT |  |
| Dirección |  |
| Ciudad |  |
| Teléfono Fijo |  |
| Teléfono Celular |  |
| Correo electrónico |  |
| Previsión (AFP o Ex Caja) |  |
| Régimen Salud |  |

**III. IDENTIFICACIÓN DEL CÓNYUGE, CONVIVIENTE CIVIL, O MADRE DE HIJOS DEL CAUSANTE:**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombres y Apellidos |  |
| RUT |  |
| Dirección |  |
| Ciudad |  |
| Teléfono Fijo |  |
| Teléfono Celular |  |
| Correo electrónico |  |
| Régimen Salud |  |

**IV. IDENTIFICACIÓN DE LOS HIJOS(AS) Y/O CARGAS FAMILIARES MENORES DE 18 AÑOS:**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

Nombres y Apellidos RUT

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

Nombres y Apellidos RUT

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

Nombres y Apellidos RUT

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

Nombres y Apellidos RUT

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

Nombres y Apellidos RUT

**V. IDENTIFICACIÓN DE HIJOS(AS) Y/O CARGAS FAMILIARES MAYORES DE 18 AÑOS:**

**HIJO(A) 1**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombres y Apellidos |  |
| RUT |  |
| Dirección |  |
| Ciudad |  |
| Teléfono Fijo |  |
| Teléfono Celular |  |
| Correo electrónico |  |
| Régimen Salud |  |
| 1. Que  estoy afiliado(a) a FONASA. (\*)  2. Que  autorizo a mi madre-padre-apoderado para cobrar en mi nombre el beneficio que solicito. (\*) (\*\*\*)    3. **Que**  **autorizo para que el Instituto de Seguridad Laboral me notifique todas las resoluciones y actuaciones de este proceso de concesión, incluida la que deniega o concede el beneficio, al siguiente correo electrónico:** (\*)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_    4. 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.  **O**    NOMBRES Y APELLIDOS  FIRMA Y TIMBRE MINISTRO(A) DE FE FIRMA DECLARANTE | |
|  | |

**HIJO(A) 2**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombres y Apellidos |  |
| RUT |  |
| Dirección |  |
| Ciudad |  |
| Teléfono Fijo |  |
| Teléfono Celular |  |
| Correo electrónico |  |
| Régimen Salud |  |
| 1. Que      , estoy afiliado(a) a FONASA. (\*)  2. Que      , autorizo a mi madre-padre-apoderado para cobrar en mi nombre el beneficio que solicito. (\*) (\*\*\*)  3**. Que**  **autorizo para que el Instituto de Seguridad Laboral me notifique todas las resoluciones y actuaciones de este proceso de concesión, incluida la que deniega o concede el beneficio, al siguiente correo electrónico:** (\*)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_    4. 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.    NOMBRES Y APELLIDOS  FIRMA Y TIMBRE MINISTRO(A) DE FE FIRMA DECLARANTE | |

**VI. DECLARACIÓN JURADA TRABAJADOR(A), CÓNYUGE, CONVIVIENTE CIVIL, O MADRE DE HIJOS DEL CAUSANTE:**

|  |  |
| --- | --- |
| 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:

**TRABAJADOR(A) INVÁLIDO(A)**

1. No haber percibido beneficio en ningún otro Organismo Administrador de la Ley N°16.744 por la incapacidad que se establece en la Resolución de Incapacidad Permanente correspondiente a esta solicitud.

2. Que me encuentro:

|  |
| --- |
| a) En actividad: |

(Empleador)

b)  Cesante.

|  |
| --- |
| c) Pensionado(a): |

(Institución)

3. Que los hijos que invoco como causantes de Asignación Familiar, cumplen los requisitos para ello.

4. Que , estoy afiliado(a) a FONASA. (\*)

5. Que , es mi voluntad de seguir cotizando al Nuevo Régimen Previsional. (\*) (\*\*)

6.**Que**  **autorizo para que el Instituto de Seguridad Laboral me notifique todas las resoluciones y actuaciones de este proceso de concesión, incluida la que deniega o concede el beneficio, al siguiente correo electrónico:** (\*)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

7. Que no tengo mayores antecedentes que aportar.

**VIUDO(A), CONVIVIENTE CIVIL SOBREVIVIENTE, O MADRE DE HIJOS DEL CAUSANTE**

1. Que el estado civil es de: a)  Soltero(a) b)  Viudo(a) c)  Conviviente Civil sobreviviente

d)  Divorciado(a)

2. Que me encuentro:

|  |
| --- |
| a) En actividad: |

(Empleador)

b)  Cesante.

|  |
| --- |
| c) Pensionado(a): |

(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. (\*)

6. Que , estoy afiliado(a) a FONASA. (\*)

7.**Que**  **autorizo para que el Instituto de Seguridad Laboral me notifique todas las resoluciones y actuaciones de este proceso de concesión, incluida la que deniega o concede el beneficio, al siguiente correo electrónico:** (\*)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

8. Que no tengo mayores antecedentes que aportar.

**OPCIÓN DE PAGO TRABAJADOR(A), CÓNYUGE, CONVIVIENTE CIVIL, O MADRE DE HIJOS DEL CAUSANTE**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre Cobrador(a) |  | | | RUT |  |
| Cta. Cte. Nº |  | Banco |  | | |
| Cta. Vista Nº |  | Banco |  | | |
| Cta. RUT Nº |  | Banco | Estado | | |
| Pago presencial |  | Banco | Estado | | |

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

1. Que es mi voluntad que la indemnización que solicito se me pague: (\*\*\*\*)

Pago único       B) Pago en cuotas

**OPCIÓN DE PAGO HIJO(A) 1 MAYOR 18 AÑOS:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre Cobrador(a) |  | | | RUT |  |
| Cta. Cte. Nº |  | Banco |  | | |
| Cta. Vista Nº |  | Banco |  | | |
| Cta. RUT Nº |  | Banco | Estado | | |
| Pago presencial |  | Banco | Estado | | |

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

**OPCIÓN DE PAGO HIJO(A) 2 MAYOR 18 AÑOS:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre Cobrador(a) |  | | | RUT |  |
| Cta. Cte. Nº |  | Banco |  | | |
| Cta. Vista Nº |  | Banco |  | | |
| Cta. RUT Nº |  | Banco | Estado | | |
| Pago presencial |  | Banco | Estado | | |

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

**VIII. OBSERVACIONES:**

|  |
| --- |
|  |

NOMBRES Y APELLIDOS

FIRMA Y TIMBRE MINISTRO(A) DE FE FIRMA DECLARANTE

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

**(\*\*) Sólo afiliados (as) 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.**

**(\*\*\*\*) Completar sólo si corresponde a una solicitud de indemnización. Tarje lo que no proceda.**

**INSTRUCCIONES**

|  |
| --- |
| **PARA EL(LA) 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), el/la solicitante, deberá requerir el beneficio en la entidad que corresponda.  2. Si usted es mayor de 18 años y está solicitando prórroga de orfandad, situación que implica que a su madre/padre también le asista  el derecho a prorrogar la pensión de viudez, conviviente civil sobreviviente, o pensión de madre de hijos del causante, deberá  informarle que es estrictamente necesario que solicite formalmente dicho beneficio.  3. Verifique que los datos anotados estén correctamente consignado y completos.  **SUCURSAL ISL**  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/la interesado(a) la información necesaria para identificar con claridad el tipo de beneficio (si éste se trata de una prórroga o no, si tiene pensión anterior, si obtuvo o tiene vigente un beneficio en otro organismo administrador, otra información atingente). |