

# FORMULARIO ÚNICO DE PRESTACIONES ECONÓMICAS

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

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> ASIGNACIÓN FAMILIAR   | <input type="checkbox"/> PENSIÓN DE ORFANDAD POR ACCIDENTE DEL TRABAJO O ENFERMEDAD PROFESIONAL   |
| <input type="checkbox"/> CUOTA MORTUORIA POR ACCIDENTE ESCOLAR                                   | <input type="checkbox"/> PENSIÓN DE SUPERVIVENCIA PARA MADRE DE HIJOS DE FILIACIÓN NO MATRIMONIAL DEL CAUSANTE POR ACCIDENTE DEL TRABAJO O ENFERMEDAD PROFESIONAL |
| <input type="checkbox"/> PENSIÓN ESCOLAR   | <input type="checkbox"/> DOTE MATRIMONIAL   |
| <input type="checkbox"/> INDEMNIZACIÓN POR ACCIDENTE DEL TRABAJO O ENFERMEDAD PROFESIONAL        | <input type="checkbox"/> PRÓRROGA DE PENSIÓN DE: VIUDEZ, MADRE DE HIJOS DE FILIACIÓN NO MATRIMONIAL, ORFANDAD O INVALIDEZ ESCOLAR.                                |
| <input type="checkbox"/> PENSIÓN DE INVALIDEZ POR ACCIDENTE DEL TRABAJO O ENFERMEDAD PROFESIONAL |   |
| <input type="checkbox"/> PENSIÓN DE VIUDEZ POR ACCIDENTE DEL TRABAJO O ENFERMEDAD PROFESIONAL    |   |

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

Nombre	
RUT	
Dirección	
Ciudad	
Teléfono Fijo	
Teléfono Celular	
Correo electrónico	
Régimen Salud (Fonasa o Isapre (indicar que Isapre)	

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

Nombre	Rut
Nombre	Rut
Nombre	Rut
Nombre	Rut
Nombre	Rut

#### **IV. 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 (Fonasa o Isapre - indicar que Isapre)	

1. Que \_\_\_\_\_, autorizo a mi madre-padre-apoderado para cobrar en mi nombre el beneficio que solicito. (\*) (\*\*\*)
2. 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.

FIRMA DECLARANTE

\*Por favor adjuntar copia de la cédula de identidad por ambos lados.

##### **HIJO 2**

Nombre	
RUT	
Dirección	
Ciudad	
Teléfono Fijo	
Teléfono Celular	
Correo electrónico	
Régimen Salud (Fonasa o Isapre - indicar que Isapre)	

3. Que \_\_\_\_\_, autorizo a mi madre-padre-apoderado para cobrar en mi nombre el beneficio que solicito. (\*) (\*\*\*)
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.

FIRMA DECLARANTE

\*Por favor adjuntar copia de la cédula de identidad por ambos lados.

**V. DECLARACIÓN JURADA TRABAJADOR, CÓNYUGE O MADRE DE HIJOS DE FILIACIÓN NO MATRIMONIAL E IMPONENTE INVÁLIDO (completar solo para solicitud de pensiones de invalidez, viudez o de madres 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:

1. No haber percibido beneficio en ningún otro Organismo por la incapacidad que declaro (para todo tipo de beneficiario).

2. Que me encuentro (para todo tipo de beneficiario):

- 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 (solo para pensiones de viudez o madres de hijos de filiación no matrimonial). (\*)

5. Que \_\_\_\_\_, tengo conocimiento que mi cónyuge haya dejado descendencia natural o adoptiva (solo para pensiones de viudez o madres de hijos de filiación no matrimonial). (\*)

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

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

8. Que no tengo mayores antecedentes que aportar.

NOMBRE Y FIRMA DEL 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.

**OPCIÓN DE PAGO DIRECTO (solo para terceros distintos que el beneficiario):**

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**

Si su empleador está afiliado a alguna Mutualidad de Empleadores (Asociación Chilena de Seguridad, Mutual de Seguridad C.H.C. o Instituto de Seguridad del Trabajo), deberá solicitar el beneficio en la que corresponda.

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.

Verifique que los datos anotados estén correctamente consignado y completos.