CONSORCIO

SOLICITUD DE GARANTÍA ESTATAL (ANEXO N°1)

AVDA. EL BOSQUE SUR 180 • LAS CONDES, SANTIAGO • Call Center: 600 221 3000 • www.consorcio.cl

☐ INICIO DEL TRAMITE ☐ ACTUALIZACIÓN		N° PÓLIZA:	FECHA SOLICITUD:
Nombre:			RUT: -
Nacionalidad:	Estado Civil:		Profesión:
Dirección:	Comuna:		Ciudad:
Teléfono Fijo:	Teléfono Celular:		

Solicito el beneficio de la Garantía para financiar:

☐ Mi pensión, ☐ La pensión de mis hijos, ☐ La pensión de mis representados, por lo cual declaro bajo juramento lo siguiente:

1. ☐ Que no soy pensionado(a) de ninguna institución previsional del régimen antiguo (IPS, DIPRECA, CAPREDENA).
   ☐ Que las personas para las cuales solicito del beneficio no son pensionados de ninguna institución previsional del régimen antiguo (IPS, DIPRECA, CAPREDENA).
2. ☐ Que a esta fecha, no percibo rentas ni remuneraciones imponibles que, en conjunto, sean iguales o superiores a la Pensión Mínima.
   ☐ Que a esta fecha, las personas para las cuales solicito el beneficio, no perciben rentas ni remuneraciones imponibles que, en conjunto, sean iguales o superiores a la Pensión Mínima.
3. ☐ Que el afiliado causante de la pensión registra cotizaciones y/o residencia en otro país (_____).
4. Que los hijos del afiliado(a) fallecido(a) don(ña) _____, RUT _____ - ___ descritos en el siguiente cuadro son solteros:

IDENTIFICACIÓN DE LOS BENEFICIARIOS	R.U.T.	SEXO	EDAD
	-	MASCULINO	
	-	MASCULINO	

5. Que conozco el monto de la Pensión Mínima vigente a esta fecha.
6. Que en caso que las pensiones, rentas o remuneraciones imponibles antes señaladas pasen a ser iguales o superiores al monto de la pensión mínima vigente, me comprometo a dar aviso oportuno de dicha situación a la Compañía de Seguros de Vida Consorcio Nacional de Seguros S.A., con el objeto de no percibir de forma indebida el beneficio antes mencionado.
7. Que estoy en conocimiento que de percibir un beneficio solidario, debo renunciar a éste para obtener la Pensión Mínima, la que se hará efectiva siempre y cuando la pensión con Garantía Estatal sea de monto superior a la que actualmente perciba con beneficio solidario.
8. Finalmente declaro estar en pleno conocimiento de las acciones legales que, en virtud de lo dispuesto en el artículo 13 del D.L. 3.500 de 1980 y artículo 467 del Código Penal, se pueden interponer en mi contra, si percibiere indebidamente este beneficio, ocultando ingresos, proporcionando antecedentes falsos o contraviniendo de cualquier forma lo dispuesto en el artículo 80 del D.L. 3.500 DE 1980.

Además, me obligo a restituir todas las sumas indebidamente percibidas por concepto de Garantía Estatal y cualquier otro beneficio que se genere a raíz del derecho a ésta, entendiéndose la presente Declaración Jurada Simple como una confesión de deuda, en los términos del artículo 435 del Código de Procedimiento Civil, en el evento de que se me acredite que las sumas recibidas por concepto de Garantía Estatal fueron percibidas indebidamente. Asimismo, faculto a la Compañía de Seguros de Vida Consorcio Nacional de Seguros S.A. para que practique descuentos mensuales equivalentes a un 10% del valor de la pensión mensual respectiva, cuando proceda, y, en caso necesario, instruir, a la correspondiente Administradora, la remisión de parte o la totalidad de los fondos previsionales, que pudieran encontrase en mi cuenta de capitalización individual, a la Tesorería General de la República, a fin de restituir los montos indebidamente percibidos.

También autorizo a la Compañía de Seguros de Vida Consorcio Nacional de Seguros S.A. para que requiera los antecedentes que estime necesarios, con el sólo objeto de verificar el cumplimiento de los requisitos para acceder al beneficio de la Garantía Estatal, tanto de las Administradoras de Fondos de Pensiones, de otras Aseguradoras, del Servicio de Impuestos Internos o de otras Instituciones públicas o privadas.

FRVO011- 09042018

_____
FIRMA Y RUT DEL SOLICITANTE

_____
FIRMA Y RUT DEL REPRESENTANTE ASEGURADORA

Comprobante de Trámite Garantía Estatal

☐ INICIO DEL TRAMITE ☐ ACTUALIZACIÓN

CONSORCIO

_____
NOMBRE DEL PENSIONADO O BENEFICIARIO

FECHA: _____ N°: _____

LA GARANTIA ESTATAL Y SUS REQUISITOS

1.- ¿Qué es la Garantía Estatal?

La Garantía Estatal es un beneficio financiado por el Estado que asegura pensiones mínimas de Vejez, Invalidez y Sobrevivencia, a los afiliados que reúnan los requisitos exigidos.

2.- ¿Cómo acceder a la beneficio de la Garantía Estatal?

El beneficiario Pensionado, o sus beneficiarios sobrevivientes, deben acercarse a cualquiera de nuestras sucursales para llenar y firmar el formulario de ***Solicitud de Garantía Estatal - Anexos N°1***. Presentando los siguientes antecedentes de respaldo:

a) Certificado Civil actualizado, según corresponda (Nacimiento, Matrimonio, Defunción), que incluya el RUT.
b) Certificado de Estudios (Hijos, no inválidos, entre 18 y 24 años).
c) Fotocopia de la Cédula de Identidad, por ambos lados.

3.- ¿Cuáles son los requisitos para acceder a la Garantía Estatal?

Requisitos Generales:

-El monto de la pensión por Renta Vitalicia del solicitante debe ser MENOR que el monto de la Pensión Mínima vigente, considerando el monto de la Pensión Mínima vigente definida por el Estado.
-El afiliado causante de la Pensión por Renta Vitalicia, debe tener saldo cero en la Cuenta Individual de la A.F.P. al momento de optar a la Garantía Estatal.
-El beneficiario solicitante no debe ser pensionado del régimen antiguo.
-La suma de todos los ingresos que perciba no debe ser MAYOR o IGUAL a la Pensión Mínima vigente, considerando todas sus pensiones, rentas y remuneraciones imponibles.

Los requisitos varían según el tipo de pensión:

Pensión de Vejez	Pensión de Invalidez	Pensión de Sobrevivencia
Hombres: Tener 65 años o más de edad. Mujer: Tener 60 años o más de edad. Tener más de 20 años cotizando en cualquier sistema Previsional. Contar con 50 años o más de edad, al 1° de Julio de 2008.	Ser declarado inválido por la Comisión Médica Regional, o por la Comisión Médica Central, o por Sentencia Judicial. No tener derecho a Garantía Estatal por Pensión Mínima de Vejez. Adquirir el derecho a Pensión de Invalidez entre el 17 de marzo de 2008 y el 31 de diciembre de 2023. Se debe adjuntar: -Dictamen de Invalidez -Certificado de nacimiento	El afiliado causante de pensión debe cumplir con al menos una de las siguientes condiciones: 1.Haber estado pensionado, por el D.L. N° 3500, el día anterior a la fecha de fallecimiento, ó 2.Tener registrado a esa fecha, a lo menos, 2 años de cotizaciones durante los últimos 5 años anteriores, ó 3.Encontrarse cotizando en caso de muerte por accidente, ó 4.Tener a lo menos, 16 meses de cotizaciones si han transcurrido menos de 2 años desde que inició labores por primera vez., ó 5.Haber completado 10 años de cotizaciones efectivas en cualquier Sistema Previsional.

FRVO011- 09042018