



DECLARACIÓN JURADA BENEFICIOS ANTERIORES (Encerrar lo que corresponde)

En _____ día _____ de _____ del año _____,
Yo, _____ Cédula Nacional
de Identidad N° _____, domiciliado en _____
_____ Evaluado por Resolución N° _____
emitida por **ACHS / COMPIN / COMERE** de fecha _____, con la cual
estoy conforme / no estoy conforme, declaro bajo juramento que **SI / NO**, he percibido
con anterioridad, Indemnización o Pensión en ésta o en otra Institución de Previsión.

Hago esta declaración en pleno conocimiento de lo prescrito en el Art. 42 y 14 de la Ley
N° 12.084, que sanciona con la pena de presidio en sus grados mínimo a medio, a
quienes ocultan dolosamente datos a la Institución de Previsión a que se encuentren
afiliados o les proporcionen falsos y que percibieron cualquier beneficio a base de éstas.

Por otra parte, me comprometo a comunicar a la **Asociación Chilena de Seguridad**
cualquier Indemnización o Pensión que a futuro perciba de otra Institución de Previsión.

Nota: En caso afirmativo, indicar lo siguiente:

1. Indemnización:

- a) Institución que le pagó _____
- b) Por secuelas de Accidente del Trabajo / Enfermedad Profesional
- c) Fecha en que la percibió _____

2. Pensión:

- a) Institución de Previsión que le paga _____
- b) Tipo de Pensión _____
- c) Fecha de inicio de su pago _____
- d) Monto actual \$ _____

FIRMA Y TIMBRE MINISTRO DE FE
Trabajador/a Social o Ejecutivo ACHS (Regiones)

FIRMA DEL DECLARANTE