

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 de 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