

SOLICITUD MONTEPIO ART. 24º

DEPARTAMENTO PENSIONES P.4, LEY 15.386.

ANTECEDENTES QUE SE REQUIEREN:

- SOLICITUD FIRMADA POR LA INTERESA. (acompaña modelo)
- CERTIFICADO DE SUPERVIVENCIA Y ESTADO CIVIL, firmado por 02 testigos (se acompaña modelo).
- DECLARACION JURADA INHABILIDADES ART. 125º, DFL.2 1968., FIRMADA POR LA INTERESADA (acompaña modelo).
- DECLARACION JURADA FIRMADA POR LA INTERESADA Y 02 TESTIGOS, DONDE EXPRESE SU ESTADO CIVIL DE SOLTERIA Y SI VIVIA A EXPENSAS DEL CAUSANTE, AL FALLECIMIENTO (acompaña modelo).
- CERTIFICADO DE NACIMIENTO DE LA INTERESADA
- CERTIFICADO DEFUNCION DEL CAUSANTE.
- CERTIFICADO Y PARTIDA DE NACIMIENTO DE LOS HIJOS HABIDOS CON EL CAUSANTE.

DOCUMENTOS DEBEN SER ENVIADOS A:

EDIFICIO GRAL. NORAMBUENA, DEPARTAMENTO PENSIONES P.4.

AMUNATEGUI Nº 519, 1º PISO STGO. CENTRO.

TELEFONOS : 229220317 - 229220310.

SOLICITA PENSIÓN DE MONTEPIO.

AL
 DEPARTAMENTO PENSIONES DE CARABINEROS

El interesado(a) individualizado en los rubros que más abajo se detallan y acorde la documentación que acompaña, acredita que tiene derecho a pensión de Montepío, Desahucio y Asignaciones Familiares, según corresponda, en conformidad al Art. 70° bis, de la Ley N° 18.961, del año 1990, Orgánica Constitucional de Carabineros de Chile.

1.- DATOS PERSONALES:

(NOMBRES Y APELLIDOS) (*)	
_____	Artículo 24° Ley N° 15.386.
(R.U.N.) (*)	

(DOMICILIO: CALLE, N°, COMUNA) (*)	
_____	_____
(FONO CONTACTO CELULAR) (*)	(FONO CONTACTO RED FIJA) (*)

(CORREO ELECTRÓNICO) (*)	

2.- DATOS PENSIONADO:

(GRADO) (*)	

(NOMBRES Y APELLIDOS) (*)	
_____	_____
(R.U.N.) (*)	(FECHA DE FALLECIMIENTO) (*)

3.- PAGO DE LOS BENEFICIOS:

_____	_____
(CUENTA NRO.) (*)	(TIPO DE CUENTA) (*)
_____	_____
(BANCO) (*)	(LUGAR PAGO)

SOLO PARA CASOS DE FALLECIMIENTO DE PERSONAL ACTIVO:

4.- RECONOCE ASIGNACIÓN FAMILIAR: SÍ _____ NO _____

APELLIDOS Y NOMBRES	RUN	FECHA NACIMIENTO	PARENTESCO

Santiago, ____ de ____ de ____.

 FIRMA (*)

NOTA: La totalidad de campos señalados con (*) son de carácter obligatorio.

CERTIFICADO DE SUPERVIVENCIA Y ESTADO CIVIL

1.-

NOMBRE _____

ROL UNICO NACIONAL _____

DOMICILIO _____

CIUDAD _____

2.-

NOMBRE _____

ROL UNICO NACIONAL _____

DOMICILIO _____

CIUDAD _____

Los testigos individualizados declaran conocer personalmente a don (a)
_____ y les consta que
permanece viva y su estado civil es de _____.

FECHA: _____

Firma testigo 1

Firma testigo 2

DECLARACIÓN JURADA

NOMBRE _____

ROL UNICO NACIONAL _____

DOMICILIO _____

CIUDAD _____

Declara que NO le afectan las inhabilidades establecidas en el Art.125 del D.F.L. N° 2 de 1968, para gozar de pensión de montepío en su calidad de _____ del _____ de Carabineros, don _____.

FECHA: _____

FIRMA : _____

R.U.T. : _____

DECLARACION JURADA

(Notarial)

Quien que suscribe, _____
_____, mayor de edad, Rol Único Nacional
N° _____--_____, domiciliada en _____
_____, comuna de _____,
por el presente documento viene en declarar bajo juramento que al _____
fecha de fallecimiento de don _____,
su estado civil era de _____ y vivía a sus expensas.

Presentes en este acto los testigos don (a) _____
_____, Rol Único Nacional N° _____--_____,
domiciliado en _____,
comuna de _____, y don _____
_____, Rol Único Nacional N° _____--_____, domiciliado en
_____ comuna de
_____, quienes declaran que es efectivo lo manifestado por la
interesada, como asimismo, expresar tener conocimiento de lo dispuesto en los
Artículos N° 41, 42, 43 y 44 de la Ley N° 12.084.

Declarante

TESTIGO 1

TESTIGO 2

DECLARACION JURADA

Quien suscribe, _____
_____, en su calidad de _____, del
_____ de Carabineros, domiciliada en _____
_____, comuna de _____, en la
ciudad de _____, declaro bajo juramento que tomé cabal
conocimiento respecto de las disposiciones contempladas en el Artículo 14° de la
Orden General N° 2.203 de fecha 08.07.2013 de la Dirección General de
Carabineros, inserta en el Boletín Oficial N° 4.497, relacionada con la devolución
de la Tarjeta de Identificación Profesional (Tipcar) del Personal e Situación de
Retiro.

En este mismo acto, hago presente que con
motivo del fallecimiento de mi _____, no mantengo en mi
poder ni tampoco se de la existencia de la Tarjeta de Identificación, por las
siguientes circunstancias:

Fecha, _____

R.U.N. N° _____-____

DECLARACION JURADA

En _____, a ____ días del mes de _____ del año _____, se procede a notificar a _____ en su calidad de _____, del ex - _____ de Carabineros, _____, fallecido el _____, domiciliada en _____, comuna de _____, en la ciudad de _____, respecto a las disposiciones contenidas en la "DIRECTIVA PARA EL OTORGAMIENTO, USO, RENOVACIÓN Y DEVOLUCIÓN DE LA TARJETA DE IDENTIFICACIÓN PROFESIONAL DE CARABINEROS DE CHILE (TIPCAR) Y OTROS ACREDITATIVOS", aprobada a través de la Orden General N° 2.203 de fecha 08.07.2013, de la Dirección General de Carabineros, inserta en el Boletín Oficial N° 4.497, que en su artículo 14° a la letra dice:

"Corresponderá la devolución obligatoria de la tarjeta de Identificación, en los siguientes casos:

a) Fallecimiento del Personal de Nombramiento Supremo o Institucional en situación de retiro.

Para tal circunstancia el Departamento de Pensiones (P.4.), de la Dirección Nacional de Personal, deberá exigir la devolución de la Tarjeta de Identificación por parte de un familiar directo o representante legal, para su remisión a la Sección Credenciales y posterior destrucción.

En caso de pérdida, destrucción o sustracción de la señalada Tarjeta, el Departamento de Pensiones (P.4.), deberá solicitar el número de encargo del Sistema de Información Operativa de Intranet, fecha y Unidad en la que se estampó la constancia o parte que acredite tal situación.

b) Mal uso de la tarjeta de Identificación.

En ambos casos, la Tarjeta de Identificación deberá ser remitida por quien corresponda a la Sección Credenciales, para su registro, anulación y destrucción, expresando la causa que la motiva, sin que proceda la obtención de un nuevo acreditativo."

Leída la presente acta, toma cabal conocimiento de su contenido, y para constancia firma en señal de conformidad, comprometiéndose en este acto a hacer entrega de la Tarjeta de Identificación Profesional (Tipcar) de su _____ el día _____.

R.U.N. N° _____

DECLARACION JURADA

Yo, _____

_____, Cédula de Identidad N° _____, domiciliada en
_____, Comuna de _____, en la Ciudad de
_____, en mi calidad de madre de los Hijos del _____ de Carabineros

_____ fallecido el _____, bajo juramento declaro lo siguiente:

Que, _____ percibe Pensión Solidaria o
Aporte Solidario de la ley N° 20.255.

Fecha, _____.

Firma Declarante

SOLICITA CONTINUIDAD DE PENSION DE MONTEPIO.

A LA
DIRECCION NACIONAL DE PERSONAL:
DEPARTAMENTO PENSIONES DE
CARABINEROS P.4.

SANTIAGO

C/ID.Nº _____ domicilio _____
_____ comuna _____ ciudad _____
fecha de nacimiento _____, en su calidad de
_____ del ex _____ de Carabineros Don
(a) _____,

viene en solicitar la continuidad de su pensión de montepío, beneficio que dejó de percibir desde el mes de _____ por los motivos que se indican a continuación:

Para tales efectos se permite acompañar los siguientes documentos:

-Certificado de Supervivencia y Estado Civil (tener presente el Art. 4º de la Ley Nº 18.181, que rige desde el 1º.01.1983, en el sentido que tales documentos sólo requieren individualización y firma de la (las) persona (as) que intervengan en ellos, con indicación de la Céd de Id., sin ser necesario la autorización notarial respectiva.

-Certificado de Alumno regular, en el caso de los hijos varones mayores de 21 años.

FIRMA INTERESADO (A)

CERTIFICADO DE SUPERVIVENCIA Y ESTADO CIVIL

1.-

NOMBRE _____

Domicilio _____

Ciudad _____

C./Id. Nacional N° _____

2.-

NOMBRE _____

Domicilio _____

Ciudad _____

C./Id. Nacional N° _____

Los testigos individualizados declaran conocer personalmente a don (a)

_____ y les consta que permanece viva y su estado civil es de

_____.

FECHA: _____

Firma testigo 1

Firma testigo 2

SOLICITA CONTINUIDAD DE PENSION DE MONTEPIO.

A LA
DIRECCION NACIONAL DE PERSONAL:
DEPARTAMENTO PENSIONES DE
CARABINEROS P.4.

SANTIAGO

C/ID.Nº _____ domicilio _____
_____ comuna _____ ciudad _____
fecha de nacimiento _____, en su calidad de
_____ del ex _____ de Carabineros Don
(a) _____,
viene en solicitar la continuidad de su pensión de montepío, beneficio que dejó de
percibir desde el mes de _____ por los motivos que se indican a
continuación:

Para tales efectos se permite acompañar los siguientes documentos:

-Certificado de Supervivencia y Estado Civil (tener presente el Art. 4º de la Ley Nº 18.181, que rige desde el 1º.01.1983, en el sentido que tales documentos sólo requieren individualización y firma de la (las) persona (as) que intervengan en ellos, con indicación de la Céd de Id., sin ser necesario la autorización notarial respectiva.

-Certificado de Alumno regular, en el caso de los hijos varones mayores de 21 años.

FIRMA INTERESADO (A)

CERTIFICADO DE SUPERVIVENCIA Y ESTADO CIVIL

1.-

NOMBRE _____

Domicilio _____

Ciudad _____

C./Id. Nacional N° _____

2.-

NOMBRE _____

Domicilio _____

Ciudad _____

C./Id. Nacional N° _____

Los testigos individualizados declaran conocer personalmente a don (a)

_____ y les consta que permanece viva y su estado civil es de

FECHA: _____

Firma testigo 1

Firma testigo 2

SOLICITUD RELIQUIDACIÓN PENSIÓN DE
MONTEPÍO.

AL

DEPARTAMENTO PENSIONES DE CARABINEROS.

El interesado (a) individualizado en los rubros que más abajo se detallan y acorde la documentación que acompaña, viene a solicitar a ese Departamento de Pensiones en conformidad a la legislación vigente, se sirva dictar la Resolución concediéndole una Reliquidación de Pensión de Montepío, según corresponda.

1.- DATOS PERSONALES:

_____ (NOMBRES Y APELLIDOS) (*)	
_____ (R.U.N.) (*)	_____ (PARENTESCO) (*)
_____ (DOMICILIO: CALLE, N°, COMUNA) (*)	
_____ (FONO CONTACTO CELULAR) (*)	_____ (FONO CONTACTO RED FIJA) (*)
_____ (OTRO TELÉFONO) (*)	_____ (CORREO ELECTRÓNICO) (*)

2.- DATOS PENSIONADO:

_____ (GRADO) (*)	
_____ (NOMBRES Y APELLIDOS) (*)	
_____ (R.U.N.) (*)	_____ (FECHA DE FALLECIMIENTO) (*)

3.- DESCRIPCIÓN DEL BENEFICIO:

_____ (TIPO DE BENEFICIO) (*)
_____ DECRETO O RESOLUCIÓN QUE RECONOCE EL BENEFICIO ANTES DESCRITO (SE DEBE ADJUNTAR)(*)

4.- PAGO DE LOS BENEFICIOS:

_____ (CUENTA NRO.) (*)	_____ (TIPO DE CUENTA) (*)
_____ (BANCO) (*)	_____ (LUGAR PAGO) (*)

Santiago, _____ de _____ de _____.-

FIRMA (*)

NOTA: La totalidad de campos señalados con (*) son de carácter obligatorio.

CERTIFICADO DE SUPERVIVENCIA Y ESTADO CIVIL

1.-

NOMBRE _____

ROL UNICO NACIONAL _____

DOMICILIO _____

CIUDAD _____

2.-

NOMBRE _____

ROL UNICO NACIONAL _____

DOMICILIO _____

CIUDAD _____

Los testigos individualizados declaran conocer personalmente a don (a) _____ y les consta que permanece viva y su estado civil es de _____.

FECHA: _____

Firma testigo 1

Firma testigo 2