ProVidaAFP
Una compañía MetLife

SOLICITUD DE CUOTA MORTUORIA

(D.L. 3.500 - ART. 88)

FECHA

OFICINA

CUENTA

IDENTIFICACIÓN AFILIADO FALLECIDO

AP. PATERNO | AP. MATERNO | NOMBRES

RUT | FECHA DE DEFUNCIÓN | ESTADO DEL AFILIADO | ACTIVO | PENSIONADO

IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO

AP. PATERNO | AP. MATERNO | NOMBRES

DIRECCIÓN | CIUDAD

COMUNA | TELÉFONO | RUT BENEFICIARIO | RELACIÓN CON AFILIADO

LUGAR DE PAGO | OFICINA | CÓDIGO

D.L. 3.500, Art. 88: "Tendrá derecho al beneficio de cuota mortuoria consistente en el retiro equivalente a 15 UF de la respectiva cuenta individual, quien, unido o no por vínculo de matrimonio, unión civil o parentesco con el afiliado fallecido, acredite haberse hecho cargo de los gastos del funeral. Sin embargo, si quien hubiere hecho los gastos fuere persona distinta del cónyuge, conviviente civil, hijos o padres del afiliado fallecido, sólo tendrá derecho a tal retiro hasta la concurrencia del monto efectivo de su gasto, con el límite de 15 UF, quedando el saldo hasta completar dicha cifra a disposición del o la cónyuge sobreviviente o conviviente civil sobreviviente, y a la falta de éste, de los hijos o los padres del afiliado".
La Administradora deberá efectuar el pago de este beneficio en un plazo máximo de 10 días hábiles, contados desde la recepción de la Solicitud de pago de la cuota mortuoria, según la fecha registrada en este documento.

FECHA | FIRMA SOLICITANTE | FIRMA Y TIMBRE RECEPCIÓN

APROBACIÓN

De acuerdo a los antecedentes presentados, se autoriza el pago de la cuota mortuoria establecida en el Art. 88 del D.L. 3.500, por un monto equivalente a _____ UF al beneficiario don(ña) _____

NOMBRE ENCARGADO DE BENEFICIOS | APROBACIÓN JEFE DE OFICINA

LIQUIDACIÓN Y PAGO CUOTA MORTUORIA

He recibido de AFP PROVIDA S.A. la cantidad de $ _____ (_____ pesos M/L) correspondientes a _____ UF a un valor de $ _____ por UF, por pago de cuota mortuoria por fallecimiento del afiliado(a) _____ pagado con cheque Nº _____ de la cuenta Nº _____ del Fondo de Pensiones del Banco _____ C. Egreso Nº _____

_____ , _____ de _____ de _____ . RECIBÍ CONFORME

NOMBRE Y FIRMA BENEFICIARIO | FIRMA Y TIMBRE PAGADO

Nº CI

ORIGINAL PROVIDA AFP

P064N1013ED24