



SUPERINTENDENCIA  
VALORES Y SEGUROS

REF.: ESTABLECE FORMA Y  
OPORTUNIDAD PARA ACREDITAR  
LOS REQUISITOS PARA ACCEDER  
A LOS BENEFICIOS DEL D.L. N°  
1.757, DEROGA NORMA DE  
CARÁCTER GENERAL N° 180, DE  
2006.

06 NOV 2008

## NORMA DE CARÁCTER GENERAL N° 233

**A todos los Cuerpos de Bomberos y entidades aseguradoras del primer grupo**

Esta Superintendencia, en uso de sus facultades legales, en especial lo dispuesto en la letra u) del artículo 4º del D.L. N° 3.538, de 1980 y en el artículo 4º del D.L. N° 1.757, de 1977, previa consulta a la Junta Nacional de Cuerpos de Bomberos de Chile, ha resuelto impartir las siguientes instrucciones relativas a la forma y oportunidad en que se deberá acreditar el cumplimiento de los requisitos necesarios para acceder a los beneficios por accidentes sufridos y enfermedades contraídas por los miembros voluntarios de los Cuerpos de Bomberos establecidos en el D.L. N° 1.757.

### INTRODUCCIÓN

Para acceder a los beneficios que otorga el D.L. N° 1.757, los interesados deberán acreditar: a) la calidad de miembro voluntario del Cuerpo de Bomberos de la víctima del accidente o enfermedad, b) el parentesco o vínculo de sus beneficiarios, c) la ocurrencia y características del acto de servicio o labor desarrollada en que se occasionaron las lesiones corporales o muerte o se contrajo la enfermedad, d) la naturaleza de las lesiones o enfermedad y de las prestaciones recibidas y su costo.

La solicitud para el otorgamiento y concesión de estos beneficios consistirá en una comunicación dirigida al Superintendente de Valores y Seguros firmada por el o los beneficiarios respectivos, por el Superintendente del Cuerpo de Bomberos al que pertenezca el voluntario accidentado, o por la Junta Nacional de Cuerpos de Bomberos en representación del voluntario, acompañada de los antecedentes correspondientes que se señalan en los títulos siguientes.

Al efecto, se utilizará el formulario tipo adjunto como Anexo 1 a esta norma, el que además podrá ser obtenido del sitio web de esta Superintendencia [www.svs.cl](http://www.svs.cl)

Av. Libertador Bernardo O'Higgins 1449  
Piso 9º  
Santiago - Chile  
Fono: (56-2) 473 4000  
Fax: (56-2) 473 4101  
Casilla: 2167 - Correo 21  
[www.svs.cl](http://www.svs.cl)



SUPERINTENDENCIA  
VALORES Y SEGUROS

La Superintendencia dispondrá de un plazo de 45 días, contado desde la fecha de la presentación de la solicitud, para pronunciarse sobre ella. Este plazo se suspenderá si la Superintendencia mediante comunicación escrita, formula observaciones o pide información o antecedentes adicionales, por no ajustarse ella a las exigencias de esta norma, reanudándose el plazo cuando se haya cumplido dicho trámite.

Subsanadas las observaciones formuladas, la Superintendencia resolverá sobre lo solicitado.

Con todo, transcurrido 60 días contados desde la presentación de la solicitud, el peticionario podrá solicitar que ésta se resuelva con los antecedentes que obran en poder de la Superintendencia. En tal caso, la Superintendencia dentro de 5 días hábiles, contados desde la petición, resolverá aprobando o rechazando la solicitud, en este último caso por resolución fundada. Si no se pronunciare dentro de dicho plazo, se entenderá rechazada la solicitud.

### I. De la Ocurrencia y Naturaleza del Acto de Servicio.

1. Los accidentes que sufran y las enfermedades que contraigan los miembros de los Cuerpos de Bomberos, en actos de servicio, con ocasión de concurrir a ellos o en el desarrollo de labores que tengan relación directa con la institución bomberil, darán derecho a las indemnizaciones y beneficios que contempla el decreto ley N° 1.757, de 1977.

Se entiende por "miembros de los Cuerpos de Bomberos" a los bomberos voluntarios o voluntarias, incluidos quienes tengan la calidad de honorarios, que actúen en siniestros, salvatajes o actos institucionales en el territorio nacional o fuera del país.

2. El accidente debe acreditarse ante la Superintendencia de Valores y Seguros mediante certificación de Carabineros de Chile emitida por la unidad correspondiente al lugar del accidente, en el cual se consignen los datos del accidente o siniestro en que se produzcan las lesiones o enfermedad, de acuerdo al parte enviado al Tribunal o Fiscal competente, cuando proceda de acuerdo a los artículos 83 del Código de Procedimiento Penal y 175 del Código Procesal Penal, o fundada en la constancia policial o en la denuncia del accidente. En estos últimos dos casos, deberá acompañarse a la certificación policial, otros antecedentes emanados del Cuerpo de Bomberos al que pertenezca el voluntario que den cuenta de las circunstancias del accidente o siniestro, tales como libros de guardia, novedades, registros de llamados, de asistencia u otros documentos fidedignos.

La certificación policial deberá contener una relación clara y precisa de las circunstancias del hecho y constancia expresa del lugar, fecha y de la actividad desarrollada por el accidentado.



SUPERINTENDENCIA  
VALORES Y SEGUROS

Las constancias o denuncias que correspondan deberán formularse por el afectado o las autoridades de la compañía o cuerpo de bomberos a que aquél pertenezca, salvo fuerza mayor debidamente justificada, dentro de las 48 horas siguientes al accidente.

Además, a estos efectos, se recomienda a cada Cuerpo de Bomberos, conforme a sus reglas internas, la mantención de registros permanentes en que se deje constancia en forma oportuna y cronológica de la ocurrencia de accidentes que afecten a sus voluntarios y de sus circunstancias.

## II. De los Miembros de los Cuerpos de Bomberos y sus Beneficiarios.

3. Los Miembros de los Cuerpos de Bomberos, al momento de ocurrir el accidente u originarse la enfermedad deben estar en calidad de voluntarios, lo cual se certificará por el Superintendente del Cuerpo de Bomberos al que pertenezca el voluntario, de acuerdo al Registro de Voluntarios que debe mantener para estos efectos.

4. Los Cuerpos de Bomberos deberán mantener un listado con la individualización de los voluntarios inscritos en un Registro que contenga, al menos, el nombre del voluntario, RUT, fecha de ingreso al Cuerpo de Bomberos, el número de registro asociado y la Compañía a la cual pertenece, el que deberá estar disponible para su consulta. En caso de que se retiren o inscriban voluntarios en el Cuerpo de Bomberos, deberán incorporarse al Registro dentro del plazo de 10 días desde el retiro o ingreso formal del voluntario.

5. El fallecimiento del voluntario se acreditará mediante el Certificado de Defunción emitido por el Servicio de Registro Civil e Identificación.

6. Los beneficiarios de los miembros voluntarios del Cuerpo de Bomberos fallecidos, deberán acreditar el parentesco o vínculo y los requisitos según corresponda con los siguientes certificados:

a) Cónyuge sobreviviente: Certificado de Matrimonio emitido por el Servicio de Registro Civil e Identificación. El hecho de no haber contraído nuevas nupcias, se acreditará anualmente mediante declaración jurada, dentro del primer trimestre de cada año.

b) Hijos menores: Certificado de Nacimiento emitido por el Servicio de Registro Civil e Identificación. En caso de no existir madre o padre de los menores beneficiarios, se deberá acompañar documentos que acrediten la calidad de tutor o curador de los menores.

c) Hijos mayores de 18 años incapacitados de ejercer una profesión u oficio: Certificado de Nacimiento emitido por el Servicio de Registro Civil e Identificación y Dictamen de Invalidez permanente superior a dos tercios del COMPIN, con fecha anterior a la mayoría de edad.

Av. Libertador Bernardo O'Higgins 1449  
Piso 9º  
Santiago - Chile  
Fono: (56-2) 473 4000  
Fax: (56-2) 473 4101  
Casilla: 2167 - Correo 21  
[www.svs.cl](http://www.svs.cl)



SUPERINTENDENCIA  
VALORES Y SEGUROS

**d) Hijos mayores de 18 y menores de 24 que cursen regularmente enseñanza media, técnica o superior: Certificado de Nacimiento emitido por el Servicio de Registro Civil e Identificación y Certificado de alumno regular de un establecimiento estatal o reconocido por el Estado, al inicio de cada período académico.**

**e) Ascendientes o descendientes, que hubieren vivido a expensas del fallecido, cuando no hubiere cónyuge e hijos con derecho a beneficios: Certificados que acrediten el parentesco emitido por el Servicio de Registro Civil e Identificación y declaración jurada de haber vivido a expensas del voluntario fallecido.**

### **III. Lesiones, Incapacidad o Enfermedad.**

**7. La atención médica se otorgará en alguno de los establecimientos del sistema de servicios de salud, de las mutualidades de empleadores de la ley N° 16.744 de accidentes del trabajo, de las Fuerzas Armadas y de Orden, en el Hospital Clínico José Joaquín Aguirre y en los hospitales clínicos universitarios, conforme al artículo 5º del D.L. N° 1.757 a elección del Superintendente de Bomberos o quien haga sus veces. En casos excepcionales, atendida la urgencia, la atención podrá otorgarse en el centro asistencial más cercano.**

**8. La incapacidad o enfermedad del voluntario se deberá comprobar y acreditar mediante certificado de la Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez del Servicio de Salud del territorio administrativo en que ocurriere el siniestro o acto que originare la prestación reclamada. La certificación deberá contener y determinar la naturaleza de la incapacidad producida o de la enfermedad contraída, su calificación de temporal y su duración o permanente y el grado o porcentaje de incapacidad física o intelectual que afecte al accidentado o enfermo. Sin perjuicio de lo anterior, y en tanto se produzca la certificación señalada precedentemente por encontrarse pendiente su tramitación, para obtener los beneficios por incapacidad temporal bastará un certificado otorgado por el médico tratante que señale la naturaleza, causa y características de la enfermedad o incapacidad, la licencia médica correspondiente y el comprobante de solicitud de la evaluación. Este certificado no será considerado para el pago de beneficios después de transcurridos seis meses de solicitada dicha evaluación.**

Para este efecto, será obligación del Cuerpo de Bomberos respectivo solicitar la evaluación del voluntario a la mayor brevedad posible de ocurrido el accidente.

**9. La calificación médica de que la institución no puede asistir al enfermo o accidentado por falta de medios o por ser necesaria una atención especial, referida en el inciso 2º del artículo 5 del D.L. N° 1.757 para que la atención médica sea prestada fuera de los centros hospitalarios determinados en el inciso 1º, deberá acreditarse por el médico tratante.**



SUPERINTENDENCIA  
VALORES Y SEGUROS

#### **IV. De las Prestaciones, de su acreditación y reembolso.**

##### **a) Gastos de atención médica**

**10.** Las facturas de los hospitales por atención médica, hospitalaria o intervención quirúrgica deberán contener un detalle pormenorizado de las prestaciones médicas practicadas al voluntario, y deberán estar respaldadas mediante certificados del médico tratante del establecimiento que justifiquen la necesidad de la prestación.

**11.** Los honorarios médicos y paramédicos que no se incluyan en las facturas del establecimiento deberán ser visadas por el médico jefe correspondiente.

##### **b) Gastos de medicamentos**

**12.** Para el reembolso de los gastos de medicamentos causados durante la hospitalización, de atención médica, de hospitalización o de intervención quirúrgica y de aquellos que se occasionen con posterioridad que sean consecuencia directa del accidente o enfermedad deberá presentarse el comprobante o factura y la prescripción médica, ésta última visada por el médico jefe del centro hospitalario donde es atendido o por quien lo reemplace. No obstante, los gastos causados durante la hospitalización podrán incluirse en la factura del establecimiento médico.

##### **c) Gastos de traslado del voluntario**

**13.** Los gastos de traslado sanitario del voluntario, se deberán acreditar mediante documentos de gastos, requiriéndose comprobar la necesidad del medio de movilización empleado. Si el traslado es desde el lugar del accidente al recinto hospitalario, entre hospitales o entre el hospital y el domicilio del afectado, la necesidad del medio empleado se acreditará por el médico tratante.

##### **d) Gastos de traslado, hospedaje y alimentación de acompañante**

**14.** Los gastos por traslado, hospedaje y alimentación de un acompañante del voluntario accidentado, serán reembolsados, previa certificación por el médico tratante de la necesidad del acompañante y de la duración de la estadía, la que podrá ser de hasta 15 días. En casos calificados, que se deberán certificar por el médico tratante y visar por el jefe del establecimiento hospitalario, la Superintendencia podrá prorrogar dicho plazo.

##### **e) Reembolso de gastos por atenciones de lesiones permanentes o definitivas**

**15.** En caso de lesiones permanentes o definitivas, el director del establecimiento, a petición del médico tratante, autorizará exámenes, recetas de medicamentos, controles, traslados y acciones médicas y procedimientos en general, a realizarse en forma periódica, por lapsos de hasta tres años, delegando en el médico tratante las visaciones respectivas.

Av. Libertador Bernardo O'Higgins 1449  
Piso 9º  
Santiago - Chile  
Fono: (56-2) 473 4000  
Fax: (56-2) 473 4101  
Casilla: 2167 - Correo 21  
[www.svs.cl](http://www.svs.cl)



SUPERINTENDENCIA  
VALORES Y SEGUROS

**f) Gastos de aparatos ortopédicos o prótesis**

**16.** La adquisición o reparación de aparatos ortopédicos o prótesis de cualquier naturaleza, bastones, sillas de ruedas, lentes y cualquier elementos rehabilitador que requiera el voluntario accidentado o enfermo, referida en el artículo 6 del D.L. N° 1.757, procederá previa indicación del médico tratante, que justifique su necesidad.

**g) Subsidio de incapacidad temporal**

**17.** El ingreso promedio para el subsidio por incapacidad temporal se deberá acreditar, en la siguiente forma:

En el caso de ser trabajador dependiente mediante las tres últimas liquidaciones de sueldo.

Si es trabajador o profesional independiente, el promedio del ingreso de los tres meses anteriores al accidente o enfermedad, se acreditará mediante declaración jurada del interesado, conforme a lo siguiente:

En aquellos casos en que el promedio de los ingresos declarados exceda al equivalente a 13,5 UTM (a octubre de 2008 equivale a \$ 498.285.-), se deberá acompañar a la declaración jurada, las certificaciones de renta, documentos previsionales o boletas de honorarios que acrediten los montos efectivamente percibidos. En caso de ser inferior a la cifra citada, la declaración jurada que se presente, cuyo formato tipo se adjunta como Anexo 2, deberá ser visada por el Superintendente del Cuerpo de Bomberos correspondiente.

Si el voluntario estuviese cesante, mediante finiquito del último empleador, certificado de cobro del subsidio de cesantía o declaración jurada ante notario.

En caso de estudiantes, mediante certificado de alumno regular.

**h) Rentas temporales**

**18.** Los voluntarios beneficiarios de una renta temporal de 3 años, deberán someterse a una reevaluación por la Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez a fin de obtener un nuevo dictamen de incapacidad. Para estos efectos la Superintendencia informará a los voluntarios afectados antes de un plazo de 60 días del vencimiento de la pensión la necesidad de efectuar dicha reevaluación.



SUPERINTENDENCIA  
VALORES Y SEGUROS

### i) Accidentes ocurridos en el extranjero

**19.** Los accidentes acaecidos a voluntarios de los Cuerpos de Bomberos que actúen en actos institucionales fuera del país deberán acreditarse en forma análoga a la prevista por esta norma para los accidentes ocurridos dentro del país. De la misma forma deberá presentarse la documentación extranjera que corresponda para obtener el pago o reembolso de los beneficios o prestaciones que se soliciten, debidamente legalizada.

### PUBLICIDAD DE LOS ANTECEDENTES

**20.** Los antecedentes médicos, certificados y demás documentos entregados por los voluntarios o sus beneficiarios, estarán a disposición de las compañías de seguros que deban concurrir al financiamiento de los beneficios para su consulta y observaciones, al menos durante las dos últimas semanas del mes previo al que se efectúe el pago de los aportes de los beneficios del D.L. N° 1.757 que corresponda.

Adicionalmente, la Superintendencia publicará en su sitio Web [www.svs.cl](http://www.svs.cl) información respecto a los beneficios pagados a voluntarios de Cuerpos de Bomberos.

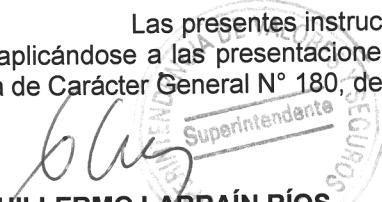
### SUSPENSIÓN DE BENEFICIOS

**21.** La Superintendencia de Valores y Seguros podrá suspender el pago de los beneficios, toda vez que no esté acreditado el cumplimiento de los requisitos exigidos para percibir los beneficios, en cualquier momento y hasta que se complementen los antecedentes que permitan su plena acreditación.

Publíquese la presente Norma de Carácter General en el Diario Oficial.

### VIGENCIA Y DEROGACIÓN.-

Las presentes instrucciones entran en vigencia a contar del 1º enero de 2009 aplicándose a las presentaciones formuladas a contar de dicha fecha, y derogan la Norma de Carácter General N° 180, de 20 de mayo de 2005.

  
GUILLERMO LARRAÍN RÍOS  
SUPERINTENDENTE

ANEXO N° 1

**SOLICITUD BENEFICIOS DECRETO LEY N° 1.757 - VOLUNTARIOS CUERPOS DE BOMBEROS  
(IMPORTANTE: SOLO PRESENTAR SOLICITUDES INDIVIDUALES POR VOLUNTARIO  
ACCIDENTADO)**

|        |     |     |     |
|--------|-----|-----|-----|
| Ciudad | Día | Mes | Año |
|--------|-----|-----|-----|

SEÑOR  
SUPERINTENDENTE DE VALORES Y SEGUROS  
PRESENTE \_\_\_\_\_ /

....., Superintendente del Cuerpo de Bomberos de ....., saluda atentamente a Ud. y, conforme a lo dispuesto en Decreto Ley N° 1.757, solicita beneficios que indica para el voluntario accidentado en acto de servicio, según lo siguiente:

|  |                                    |        |
|--|------------------------------------|--------|
| <b>VOLUNTARIO:</b>                                     |                                    |        |
| APELLIDOS: PATERNO                                     |                                    | MATERO |
| NOMBRES  |                                    |        |
| <b>COMPAÑÍA</b><br>:                                   |                                    |        |
| <b>DESCRIPCION ACCIDENTE O ENFERMEDAD:</b>             |                                    |        |
| FECHA  | HORA                               | LUGAR  |
| <b>ACTO DE SERVICIO</b>                                |                                    |        |
| <input type="checkbox"/> INCENDIO                      | <input type="checkbox"/> EJERCICIO |        |
| <input type="checkbox"/> RESCATE                       | <input type="checkbox"/> GUARDIA   |        |
| <input type="checkbox"/> OTRO (Especificar):           |                                    |        |
| <input type="checkbox"/> LESIÓN:(Especificar):         |                                    |        |
| <input type="checkbox"/> ATENCIÓN EN:<br>(Especificar) |                                    |        |

|  |  |  |
|--|--|--|
| <b>BENEFICIO SOLICITADO:</b>                             |  |  |
| <input type="checkbox"/> PRESTACIONES MÉDICAS (*)        |  |  |
| <input type="checkbox"/> SUBSIDIO INCAPACIDAD TEMPORAL   |  |  |
| <input type="checkbox"/> RENTA VITALICIA (FALLECIMIENTO) |  |  |
| (>): Incluye Honorarios, medicamentos, traslados, etc.   |  |  |

Para estos efectos, se adjunta a la presente solicitud, la documentación que se detalla en hoja siguiente.

Firma del Solicitante

|                      |        |        |
|----------------------|--------|--------|
| Calle                | Comuna | Ciudad |
| Fono<br>Solicitante: | Fax    | E-Mail |

**DOCUMENTACION ADJUNTA  
(SOLO MARCAR AQUELLA EFECTIVAMENTE ACOMPAÑADA)**

**Instrucciones:**

- 1) Respecto de cualquier beneficio: deberá acompañar, según corresponda, documentos de los números 1 al 9.
- 2) En caso de Prestaciones médicas: deberá acompañar, según corresponda, documentos de los números 11 al 14 y 16 al 21.
- 3) En caso de Subsidio por Incapacidad temporal, deberá acompañar, según corresponda, documentos de los números 23 al 30.
- 4) En caso de Renta Vitalicia por Invalidez Permanente: deberá acompañar, según corresponda, documentos de los números 32 o 33.
- 5) En caso de Renta Vitalicia por fallecimiento voluntario: deberá acompañar, según corresponda, documentos de números 35 al 42.

| <b>ANTECEDENTES GENERALES</b>   |  |
|---|--|
| <b>Documentos emanados de terceros</b>  |  |
| 1) Certificación de Carabineros referida al accidente   |  |
| 2) Copia de Parte denuncia referido al accidente, si corresponde.   |  |
| 3) Informe médico de atención (es) emitido por médico tratante, con diagnóstico y prestaciones requeridas   |  |
| <b>Documentos emanados del Cuerpo de Bomberos</b>   |  |
| 4) Certificado del Superintendente que acredite calidad de voluntario y fecha de incorporación  |  |
| 5) Copia de Libro de Guardia referido a 3 días previos y posteriores al accidente, autorizado ante Notario o autoridad interna, si corresponde.   |  |
| 6) Copia del Libro de llamadas referido a 3 días previos y posteriores al accidente, autorizado ante Notario o autoridad interna, si corresponde.   |  |
| 7) Copia del aviso de citación al acto de servicio específico, autorizado ante Notario o autoridad interna, si corresponde.   |  |
| 8) Copia de la lista de asistencia al acto de servicio específico, autorizada ante Notario o autoridad interna, si corresponde.   |  |
| 9) Informe ejecutivo: Se podrá aportar un informe ejecutivo sobre el acto de servicio en que se producen lesiones suscrito por Superintendente y comandante, fundado en la información interna.   |  |
| 10) Otros: ..... (especificar)  |  |
| <b>BENEFICIO PRESTACIONES MEDICAS</b>   |  |
| 11) Factura establecimiento hospitalario, con detalle pormenorizado de prestaciones   |  |
| 12) Boletas honorarios profesionales no incluidas en factura establecimiento, visada por médico jefe establecimiento.   |  |
| 13) Boleta medicamentos y prescripción correspondiente.   |  |
| 14) Certificado del Director del establecimiento que autoriza exámenes, recetas medicamentos, controles, traslados, acciones médicas y procedimientos en general respecto del voluntario, a realizarse en forma periódica, previa acreditación de la existencia de lesiones permanentes del voluntario, de su necesidad y señalando su duración. En estos casos, la visación específica corresponderá al médico tratante. |  |
| 15) Otros: ..... (especificar)  |  |

| <b>GASTOS TRASLADO Y ALIMENTACION</b>  |  |
|--|--|
| 16) Boleta o factura de gastos de traslado del voluntario  |  |
| 17) Certificado médico tratante, que determine incapacidad de asistir al voluntario por falta de medios o por ser necesaria atención especial, e indique establecimiento al que será trasladado. |  |
| 18) Certificado médico tratante que justifique la necesidad de traslado del voluntario y del medio empleado.   |  |
| 19) Boleta de gastos de traslado del acompañante del voluntario  |  |
| 20) Boleta de gastos de hospedaje del acompañante del voluntario   |  |
| 21) Boleta de gastos de alimentación del acompañante del voluntario  |  |
| 22) Otros: ..... (especificar)   |  |

**BENEFICIO SUBSIDIO POR INCAPACIDAD TEMPORAL**

- 23) Certificado del médico tratante que acredite incapacidad temporal del voluntario, su imposibilidad de desarrollar actividades laborales y su duración
- 24) Copia de la solicitud a Compin para evaluación de incapacidad temporal del voluntario.
- 25) Certificado de Compin que acredite incapacidad temporal del voluntario, su imposibilidad de desarrollar actividades laborales y su duración, si corresponde.
- 26) Liquidaciones de sueldo del voluntario trabajador dependiente, de los 3 meses anteriores al del accidente o enfermedad
- 27) Declaración jurada del voluntario trabajador independiente referida a las remuneraciones de los 3 meses anteriores al accidente, visada por el Superintendente del Cuerpo de Bomberos, cuando corresponda.
- 28) Boletas de honorarios del voluntario trabajador independiente referida a las remuneraciones de los 3 meses anteriores al accidente, si corresponde.
- 29) Copia certificado de retención o PPM del voluntario trabajador independiente referido a las remuneraciones de los 3 meses anteriores al accidente, si corresponde.
- 30) Declaración jurada ante notario de cesantía o finiquito del voluntario cesante o estudiante.
- 31) Otros: ..... (especificar)

**BENEFICIO RENTA VITALICIA POR INVALIDEZ VOLUNTARIO**

- 32) Dictamen de Invalidez transitoria de Compin
- 33) Dictamen de invalidez definitiva de Compin
- 34) Otros: ..... (especificar)

**BENEFICIO RENTA VITALICIA POR FALLECIMIENTO VOLUNTARIO**

- 35) Certificado de matrimonio del voluntario
- 36) Declaración jurada de cónyuge sobreviviente del voluntario de no haber contraído nuevas nupcias
- 37) Certificado de nacimiento de hijos del voluntario, menores de 18 años, estudiantes mayores de 18 y menores de 24 años o incapaces
- 38) Copia autorizada de resolución judicial de tuición, en caso hijo menor 18 años y sin cónyuge sobreviviente, padre o madre del menor
- 39) Certificado alumno regular de establecimiento educacional estatal o reconocido por el Estado, de hijos estudiantes mayores de 18 años y menores de 24 años
- 40) Dictamen invalidez permanente 2/3 de Compin de hijos incapaces, anterior a la mayoría de edad
- 41) Certificado que acredite parentesco de otros ascendientes y descendientes del voluntario fallecido
- 42) Declaración jurada de otros ascendientes y descendientes del voluntario fallecido, de haber vivido a sus expensas
- 43) Otros: ..... (especificar)

**ANEXO N° 2**

(formato tipo)

**DECLARACION JURADA DE INGRESOS**

VOLUNTARIO DEL

(nombre completo y firma del voluntario)

CUERPO DE BOMBEROS DE \_\_\_\_\_, TRABAJADOR O PROFESIONAL INDEPENDIENTE, DECLARO BAJO LA FE DEL JURAMENTO QUE EL PROMEDIO DEL INGRESO PERCIBIDO POR EL SUSCRITO DURANTE LOS 3 MESES ANTERIORES AL ACCIDENTE DE FECHA \_\_\_\_\_, ASCENDIERON A LA SUMA DE \$ \_\_\_\_\_ (INFERIOR AL EQUIVALENTE A 13,5 UTM).

ASIMISMO DECLARO QUE NO ESTOY OBLIGADO POR DISPOSICIONES LEGALES O PREVISIONALES A EFECTUAR DECLARACIONES DE IMPUESTO, CONTRIBUCIONES O COTIZACIONES PREVISIONALES DE NINGUN TIPO POR LOS INGRESOS MENSUALES PERCIBIDOS.

LA PRESENTE DECLARACIÓN LA HAGO CON PLENO CONOCIMIENTO DE LAS SANCIONES PENALES QUE SON APLICABLES PARA LOS CASOS EN QUE OBTENGA ALGUN TIPO DE BENEFICIO CON INFORMACIÓN INCOMPLETA O MALICIOSAMENTE Falsa.

....., .....  
(Lugar de otorgamiento) (fecha de otorgamiento)

**VISACION SUPERINTENDENTE CUERPO DE BOMBEROS**

\_\_\_\_\_  
(NOMBRE Y FIRMA SUPERINTENDENTE) SUPERINTENDENTE DEL CUERPO DE BOMBEROS DE \_\_\_\_\_ DECLARO HABER TOMADO CONOCIMIENTO DE LA DECLARACION DE INGRESOS DEL VOLUNTARIO SR. \_\_\_\_\_.

....., .....  
(Lugar de otorgamiento) (fecha de otorgamiento)