



**DECLARACIÓN JURADA BENEFICIOS ANTERIORES**  
**(Para trámite de Pensión de Sobrevivencia)**

En \_\_\_\_\_ día \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_,

Yo, \_\_\_\_\_

Cédula Nacional de Identidad N° \_\_\_\_\_, domiciliado en

\_\_\_\_\_

Declaro bajo juramento no haber recibido ni estar percibiendo ningún beneficio de alguna Institución de Previsión por la muerte de mi \_\_\_\_\_,

Señor (a) \_\_\_\_\_,

fallecido como consecuencia de un accidente de trabajo o trayecto, o enfermedad profesional.

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.

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

\_\_\_\_\_  
**FIRMA DEL DECLARANTE**