



USO EXCLUSIVO DE OFICINA DE PARTES  
FECHA:  
N° FOLIO:

N° FORMULARIO: \_\_\_\_\_ /

**FORMULARIO ÚNICO DE SOLICITUD LEY N° 21.021**  
(COMPLETAR CON LETRA IMPRENTA LEGIBLE O DE FORMA DIGITAL HACIENDO DOBLE CLIC EN CADA RECUADRO)

**I. ANTECEDENTES DEL(LA) CAUSANTE**

| N° RUN/PASAPORTE |  | NACIONALIDAD | FECHA DE NACIMIENTO |  |  | FECHA DE FALLECIMIENTO<br>(si correspondiere) |  |
|------------------|--|--------------|---------------------|--|--|---|--|
|                  |  |              |                     |  |  |   |  |

| APELLIDO PATERNO | APELLIDO MATERNO | NOMBRES |
|------------------|------------------|---------|
|                  |                  |         |

| FECHA DEL ACCIDENTE |     |     | LUGAR DEL ACCIDENTE |        |        |
|---------------------|-----|-----|---------------------|--------|--------|
| DIA                 | MES | AÑO | SECTOR              | COMUNA | CIUDAD |
|                     |     |     |                     |        |        |

**ANTECEDENTES ADICIONALES DEL CAUSANTE SOBREVIVIENTE**

| CORREO ELECTRÓNICO | TELÉFONO(S) DE CONTACTO(S) | SISTEMA DE SALUD<br>(FONASA/ISAPRE/CAPREDENA/SISAE/OTRO) |
|--------------------|----------------------------|--|
|                    |                            |  |

| DIRECCIÓN DE DOMICILIO |                 |        |        |
|------------------------|-----------------|--------|--------|
| CALLE Y NUMERACIÓN     | VILLA/POBLACIÓN | COMUNA | CIUDAD |
|                        |                 |        |        |

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL(LA) CAUSANTE SOBREVIVIENTE

**II. ANTECEDENTES DEL(LA) SOLICITANTE (En caso de fallecimiento del(la) Causante)**

| N° RUN/PASAPORTE | PARENTESCO CON EL(LA) CAUSANTE |
|------------------|--------------------------------|
|                  |                                |

| APELLIDO PATERNO | APELLIDO MATERNO | NOMBRES |
|------------------|------------------|---------|
|                  |                  |         |

| CORREO ELECTRÓNICO | TELÉFONO PARTICULAR | TELÉFONO COMERCIAL |
|--------------------|---------------------|--------------------|
|                    |                     |                    |

| DIRECCIÓN DE DOMICILIO |                 |        |        |
|------------------------|-----------------|--------|--------|
| CALLE Y NUMERACIÓN     | VILLA/POBLACIÓN | COMUNA | CIUDAD |
|                        |                 |        |        |

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL(LA) SOLICITANTE



**VII. DECLARACION JURADA SIMPLE DEL(LA) O LOS(AS) HEREDEROS(AS)**

Completar si correspondiere

**Hereder(a) N° 1**

\_\_\_\_\_  
Nombres                      Apellido Paterno                      Apellido Materno                      RUN

\_\_\_\_\_  
Domicilio particular                      Villa/Población                      Comuna                      Ciudad

\_\_\_\_\_  
Teléfono Fijo o Móvil                      Correo Electrónico

Declaro bajo juramento que tengo la calidad de hereder(a) del(la) causante, respaldada mediante documento Posesión Efectiva adjunto a este Formulario y que desconozco la existencia de otros herederos(as) que lo que se enuncian. **Asimismo, declaro conocer lo establecido en los arts. 193 y 194 del Código penal, en el sentido que la información consignada debe ser fidedigna.**

\_\_\_\_\_  
**Firma Hereder(a)**

**Hereder(a) N° 2**

\_\_\_\_\_  
Nombres                      Apellido Paterno                      Apellido Materno                      RUN

\_\_\_\_\_  
Domicilio particular                      Villa/Población                      Comuna                      Ciudad

\_\_\_\_\_  
Teléfono Fijo o Móvil                      Correo Electrónico

Declaro bajo juramento que tengo la calidad de hereder(a) del(la) causante, respaldada mediante documento Posesión Efectiva adjunto a este Formulario y que desconozco la existencia de otros herederos(as) que lo que se enuncian. **Asimismo, declaro conocer lo establecido en los arts. 193 y 194 del Código penal, en el sentido que la información consignada debe ser fidedigna.**

\_\_\_\_\_  
**Firma Hereder(a)**

**Hereder(a) N° 3**

---

|         |                  |                  |     |
|---------|------------------|------------------|-----|
| Nombres | Apellido Paterno | Apellido Materno | RUN |
|---------|------------------|------------------|-----|

---

|                      |                 |        |        |
|----------------------|-----------------|--------|--------|
| Domicilio particular | Villa/Población | Comuna | Ciudad |
|----------------------|-----------------|--------|--------|

---

|                       |                    |
|-----------------------|--------------------|
| Teléfono Fijo o Móvil | Correo Electrónico |
|-----------------------|--------------------|

Declaro bajo juramento que tengo la calidad de hereder(a) del(la) causante, respaldada mediante documento Posesión Efectiva adjunto a este Formulario y que desconozco la existencia de otros herederos(as) que lo que se enuncian. **Asimismo, declaro conocer lo establecido en los arts. 193 y 194 del Código penal, en el sentido que la información consignada debe ser fidedigna.**

---

**Firma Hereder(a)**

**Hereder(a) N° 4**

---

|         |                  |                  |     |
|---------|------------------|------------------|-----|
| Nombres | Apellido Paterno | Apellido Materno | RUN |
|---------|------------------|------------------|-----|

---

|                      |                 |        |        |
|----------------------|-----------------|--------|--------|
| Domicilio particular | Villa/Población | Comuna | Ciudad |
|----------------------|-----------------|--------|--------|

---

|                       |                    |
|-----------------------|--------------------|
| Teléfono Fijo o Móvil | Correo Electrónico |
|-----------------------|--------------------|

Declaro bajo juramento que tengo la calidad de hereder(a) del(la) causante, respaldada mediante documento Posesión Efectiva adjunto a este Formulario y que desconozco la existencia de otros herederos(as) que lo que se enuncian. **Asimismo, declaro conocer lo establecido en los arts. 193 y 194 del Código penal, en el sentido que la información consignada debe ser fidedigna.**

---

**Firma Hereder(a)**

**Hereder(a) N° 5**

---

|         |                  |                  |     |
|---------|------------------|------------------|-----|
| Nombres | Apellido Paterno | Apellido Materno | RUN |
|---------|------------------|------------------|-----|

---

|                      |                 |        |        |
|----------------------|-----------------|--------|--------|
| Domicilio particular | Villa/Población | Comuna | Ciudad |
|----------------------|-----------------|--------|--------|

---

|                       |                    |
|-----------------------|--------------------|
| Teléfono Fijo o Móvil | Correo Electrónico |
|-----------------------|--------------------|

Declaro bajo juramento que tengo la calidad de hereder(a) del(la) causante, respaldada mediante documento Posesión Efectiva adjunto a este Formulario y que desconozco la existencia de otros herederos(as) que lo que se enuncian. **Asimismo, declaro conocer lo establecido en los arts. 193 y 194 del Código penal, en el sentido que la información consignada debe ser fidedigna.**

---

**Firma Hereder(a)**

**Hereder(a) N° 6**

---

|         |                  |                  |     |
|---------|------------------|------------------|-----|
| Nombres | Apellido Paterno | Apellido Materno | RUN |
|---------|------------------|------------------|-----|

---

|                      |                 |        |        |
|----------------------|-----------------|--------|--------|
| Domicilio particular | Villa/Población | Comuna | Ciudad |
|----------------------|-----------------|--------|--------|

---

|                       |                    |
|-----------------------|--------------------|
| Teléfono Fijo o Móvil | Correo Electrónico |
|-----------------------|--------------------|

Declaro bajo juramento que tengo la calidad de hereder(a) del(la) causante, respaldada mediante documento Posesión Efectiva adjunto a este Formulario y que desconozco la existencia de otros herederos(as) que lo que se enuncian. **Asimismo, declaro conocer lo establecido en los arts. 193 y 194 del Código penal, en el sentido que la información consignada debe ser fidedigna.**

---

**Firma Hereder(a)**

## VIII. ANTECEDENTES QUE ACOMPAÑAN

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_
6. \_\_\_\_\_
7. \_\_\_\_\_
8. \_\_\_\_\_
9. \_\_\_\_\_
10. \_\_\_\_\_
11. \_\_\_\_\_
12. \_\_\_\_\_
13. \_\_\_\_\_
14. \_\_\_\_\_
15. \_\_\_\_\_

### IMPORTANTE

- Se debe acompañar la totalidad de antecedentes que permitan acreditar la calidad de beneficiario(a) de conformidad al artículo 3 y 4 de la Ley N° 21.021. Podrá ver la documentación requerida según beneficio al reverso de esta página.
- Verifique los nombres y apellidos en cada uno de los certificados civiles que se acompañen, si detecta algún error u omisión, deberá previamente efectuar la rectificación, ante el registro civil e identificación.
- Todos los certificados emitidos por el registro civil e identificación deben ser actualizados, no más de 6 meses de antigüedad.
- La Subsecretaría para las Fuerzas Armadas podrá requerir al solicitante u otra entidad cualquier otro antecedente que sea necesario, a objeto de determinar la procedencia en la calidad de beneficiario(a).
- Recibidos todos los antecedentes y declarados suficientes, la Subsecretaría para las Fuerzas Armadas dictará el acto administrativo fundado que aprueba o deniega la calidad de beneficiario(a), el que será enviado al correo electrónico informado en este Formulario o en su defecto, a la dirección de domicilio indicada.
- La documentación puede ser entregada en Av. Libertador Bernardo O'higgins, N°1166, piso 1, Santiago; a través del sitio web <https://siac-oirs.ssffaa.cl/ES/AtencionCiudadana/OIRS> (1) o por correo electrónico, a través de la casilla [beneficiariosley21021@defensa.cl](mailto:beneficiariosley21021@defensa.cl)
- Todas las actuaciones administrativas de la Subsecretaria para las Fuerzas Armadas son gratuitas.
- En caso de dudas, contactar a la Unidad de Reparación y Asistencia a beneficiarios(as) Ley N°21.021, a través de los Teléfonos 562 2937 9956 – 569 3232 6827 o correo electrónico [beneficiariosley21021@defensa.cl](mailto:beneficiariosley21021@defensa.cl)

(1) Guía Online: Debe acceder al formulario de ingreso identificándose con su ClaveÚnica. Una vez autenticado, debe completar los campos "Medio de Respuesta", "Ciudadano". A continuación, en el campo "Solicitud" debe seleccionar lo siguiente: Tipo de solicitud: Trámite / Subcategoría: Ley 21.021 / Subcategoría: Solicitud de Beneficio. Complete la descripción del trámite, detallando motivo de la solicitud. Complete los datos de validación. Adjunte los documentos requeridos para este trámite a través de la opción "Documentos Adjuntos". Cuando tenga todos los antecedentes, seleccione los archivos ("seleccionar") y después cárguelos en la página ("subir archivo"). Recuerde que el tipo de archivo permitido es el formato PDF, y su tamaño máximo no debe superar los 10 MB. Una vez completados todos los campos, debe seleccionar la opción "enviar formulario" para finalizar el ingreso de su trámite. Como resultado del trámite, habrá solicitado el beneficio.

**DOCUMENTACIÓN REQUERIDA PARA LA ACREDITACIÓN DE BENEFICIARIOS(AS) Y EL OTORGAMIENTO DE LOS BENEFICIOS CONTEMPLADOS EN LA LEY N°21.021**

| <b>DOCUMENTACIÓN NECESARIA PARA LA ACREDITACIÓN DE BENEFICIARIOS(AS) EN CALIDAD DE HEREDEROS(AS)</b> |   |
|--|---|
| 1  | Formulario de Solicitud Ley N°21.021 completado y firmado por el(la) causante, solicitante o su representante legal, según corresponda.   |
| 2  | Copia Cédula de Identidad o Certificado de Nacimiento del(la) causante.   |
| 3  | Certificado de Defunción con Causa de Muerte del(la) causante.  |
| 4  | Copia Cédula de Identidad del(la) o los herederos(as).  |
| 5  | Certificado de Nacimiento/Matrimonio/Unión Civil, según corresponda para demostrar filiación existente entre los(las) herederos(as) y el(la) causante.  |
| 6  | Certificado de Posesión Efectiva, el cual acredita la calidad de heredero(a) respecto del(la) causante.   |
| 7  | Copia Cédula de Identidad del(la) representante legal y copia del Mandato de Representación Legal respectivo, si el(la) solicitante actúa representado(a).  |
| 8  | <p>Documentos que comprueben la calidad de víctima del(la) causante, de conformidad a lo establecido en el artículo 2, letra a, y artículo 4 de la Ley N°21.021, es decir que deberá comprobar:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Origen militar del artefacto explosivo.</li> <li>- Estado de abandono del artefacto explosivo.</li> <li>- No haber manipulado intencionalmente el artefacto explosivo (salvo menores de edad y funcionarios/as activos de las FF.AA. o de Orden y Seguridad Pública actuando en cumplimiento de sus funciones, funciones que también deberán acreditarse).</li> <li>- No haber ingresado intencionalmente al predio en que se encuentra el objeto explosivo, conociendo o debiendo conocer su posible existencia (salvo menores de edad y funcionarios/as activos de las FF.AA. o de Orden y Seguridad Pública actuando en cumplimiento de sus funciones, funciones que también deberán acreditarse).</li> </ul> <p>La mencionada información puede ser recabada en Investigaciones Sumarias Administrativas para el caso de víctimas funcionarios/as activos de las FF.AA. o de Orden y Seguridad Pública, o en Informes Periciales Policiales, Sentencias Judiciales, Partes, Recortes de Presa u otros, en el caso de víctimas civiles.</p> |

| <b>DOCUMENTACIÓN NECESARIA PARA LA ACREDITACIÓN DE BENEFICIARIOS(AS) EN CALIDAD DE SOBREVIVIENTES</b> |   |
|---|---|
| 1   | Formulario de Solicitud Ley N°21.021 completado y firmado por el(la) causante o su representante legal, según corresponda.  |
| 2   | Copia Cédula de Identidad del(la) causante.   |
| 3   | Copia Cédula de Identidad del representante legal y copia del Mandato de Representación Legal respectivo, si el(la) causante actúa representado(a).   |
| 4   | <p>Documentos que comprueben la calidad de víctima del(la) causante, de conformidad a lo establecido en el artículo 2, letra a, y artículo 4 de la Ley N°21.021, es decir que deberá comprobar:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Origen militar del artefacto explosivo.</li> <li>- Estado de abandono del artefacto explosivo.</li> <li>- No haber manipulado intencionalmente el artefacto explosivo (salvo menores de edad y funcionarios/as activos de las FF.AA. o de Orden y Seguridad Pública actuando en cumplimiento de sus funciones, funciones que también deberán acreditarse).</li> <li>- No haber ingresado intencionalmente al predio en que se encuentra el objeto explosivo, conociendo o debiendo conocer su posible existencia (salvo menores de edad y funcionarios/as activos de las FF.AA. o de Orden y Seguridad Pública actuando en cumplimiento de sus funciones, funciones que también deberán acreditarse).</li> </ul> <p>La mencionada información puede ser recabada en Investigaciones Sumarias Administrativas para el caso de víctimas funcionarios/as activos de las FF.AA. o de Orden y Seguridad Pública, o en Informes Periciales Policiales, Sentencias Judiciales, Partes, Recortes de Presa u otros, en el caso de víctimas civiles.</p> |

El solicitante no deberá remitir documentos adicionales para solicitar el otorgamiento del beneficio Reparación Económica. La Subsecretaría para las FF.AA. se encargará de requerir al COMPIN el Certificado de Discapacidad asociado a las secuelas provocadas por el accidente, una vez comprobados los antecedentes.

| <b>DOCUMENTACIÓN NECESARIA PARA EL OTORGAMIENTO DEL REEMBOLSO POR GASTOS MÉDICOS INMEDIATOS (ART. 8, LEY N°21.021)</b> |   |
|--|---|
| 1  | Formulario de Solicitud Ley N°21.021 completado y firmado por el(la) causante, solicitante o su representante legal, según corresponda.   |
| 2  | Copia Cédula de Identidad del(la) causante.   |
| 3  | Copia Cédula de Identidad del(la) o los herederos(as)   |
| 4  | Certificado de Posesión Efectiva, el cual acredita la calidad de heredero(a) respecto del(la) causante, si corresponde.   |
| 5  | Copia Cédula de Identidad del(la) representante legal y copia del Mandato de Representación Legal respectivo, si el(la) causante/solicitante actúa representado(a).   |
| 6  | Bonos, boletas y/o facturas, por gastos asociados al tratamiento de las afecciones que directamente provengan de la explosión de minas o artefactos militares abandonados y sin estallar. Dichos documentos deberán identificar la cobertura otorgada por el sistema de salud del(la) causante y del seguro complementario de salud, si corresponde.<br>De no contar con Seguro Complementario de Salud, deberá incorporar Certificado de Consulta de Seguros, descargable a través de la página <a href="http://www.cmfchile.cl">www.cmfchile.cl</a> (2). La autenticidad de dicho Certificado será corroborada. |
| 7  | Liquidación de Atención (detalle de valores individualizados por prestación médica) en caso de hospitalizaciones, intervenciones ambulatorias, u otras atenciones médicas que no se encuentran valorizadas individualmente en sus respectivos comprobantes de pago.   |
| 8  | Epicrisis y/o Informe Médico Tratante Ley N°21.021, el cual debe estar firmado por el(la) médico tratante con su timbre de especialidad, descargable a través de la página <a href="http://www.ssffaa.cl">www.ssffaa.cl</a> (3), mediante el cual se identifique que los bonos/boletas/facturas que dan origen al reembolso tienen por objeto tratar las afecciones que directamente provengan de la explosión de minas o artefactos militares abandonados y sin estallar.  |

| <b>DOCUMENTACIÓN NECESARIA PARA EL OTORGAMIENTO DE LA ASIGNACIÓN ESPECIAL POR FALLECIMIENTO (ART. 9, LEY N°21.021)</b> |   |
|--|---|
| 1  | Formulario de Solicitud Ley N°21.021 completado y firmado por el(la) solicitante o su representante legal, según corresponda.   |
| 2  | Copia Cédula de Identidad del(la) causante.   |
| 3  | Certificado de Defunción con causa de muerte del(la) causante.  |
| 4  | Copia Cédula de Identidad del(la) representante legal y copia del Mandato de Representación Legal respectivo, si el(la) solicitante actúa representado(a).  |
| 5  | Copia Cédula de Identidad de la persona que incurrió en los gastos fúnebres.  |
| 6  | Boleta/Factura original asociada a gastos fúnebres del(la) causante. De contar con copia de dicho documento, deberá acompañar Declaración Jurada Simple en que conste que se cobró la asignación por muerte y que en dicho trámite se acompañó el documento original. |

(2) Guía Online: Una vez en el sitio web, seleccionar en orden las siguientes opciones: 1: "Haga sus trámites, consultas y reclamos" 2: "Trámites" 3: "Consulte los seguros en que es asegurado o contratante" 4: "Realizar en Línea". Luego deberá acceder identificándose con su ClaveÚnica. A continuación, seleccione en la columna "Servicios / Conoce tu Seguro" la opción "Asegurado o contratante". Por último, deberá hacer clic en el ícono  ubicado en la esquina superior derecha. Como resultado habrá descargado el Certificado.

(3) Guía Online: Una vez en el sitio web, diríjase a la sección "Enlaces", ubicada en el sector central derecho de la página, y seleccione la opción "Ley N°21.021". A continuación, seleccione la opción "Informe Médico Tratante Ley N°21.021". Como resultado habrá descargado el Informe.