

FORMULARIO "AUMENTO DE LA COTIZACIÓN OBLIGATORIA AL 11%"

FECHA DE SOLICITUD

afp  modelo

(*) Campos obligatorios

IDENTIFICACIÓN DEL AFILIADO

Nombre afiliado* _____

(Apellido paterno, materno, nombres)

RUT* _____ Celular* _____ Correo electrónico* _____

Dirección* _____ Comuna* _____

Ciudad* _____ Región* _____

IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR

Razón social* _____

RUT* _____ Teléfono* _____ Correo electrónico* _____

Dirección* _____ Comuna* _____

Ciudad* _____ Región* _____

PERÍODO DE AUTORIZACIÓN DEL AUMENTO

Fecha de término Mes* _____ Año* _____ Fecha de término indefinida

*El descuento se aplicará al mes siguiente a la suscripción de este formulario y deberá efectuarse por un periodo mínimo de un año y no podrá suspenderse antes de concretarse 12 meses de cotizaciones con una tasa de 11%.

IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR

Razón social* _____

RUT* _____ Teléfono* _____ Correo electrónico* _____

Dirección* _____ Comuna* _____

Ciudad* _____ Región* _____

PERÍODO DE AUTORIZACIÓN DEL AUMENTO

Fecha de término Mes* _____ Año* _____ Fecha de término indefinida

*El descuento se aplicará al mes siguiente a la suscripción de este formulario y deberá efectuarse por un periodo mínimo de un año y no podrá suspenderse antes de concretarse 12 meses de cotizaciones con una tasa de 11%.

"Autorizo a la Administradora para que notifique a mi empleador para que aumente el descuento por cotización obligatoria al 11% a contar de las remuneraciones imponibles devengadas a contar del mes siguiente de la fecha de suscripción de este formulario"

ORIGINAL: AFP MODELO

Firma del Trabajador

Firma de la Administradora