

# 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