

FORMULARIO "AUMENTO DE LA COTIZACIÓN OBLIGATORIA AL 11%"

(*) Campos obligatorios

FECHA DE SOLICITUD

afp  modelo

IDENTIFICACIÓN DEL AFILIADO

Nombre afiliado* _____

(Apellido paterno, materno, nombres)

RUT* _____ Celular* _____ Correo electrónico* _____

Dirección* _____ Comuna* _____

Ciudad* _____ Región* _____

Tipo de afiliado:

Independiente

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%.

Firma del Trabajador

Firma de la Administradora