

FORMULARIO DESISTIMIENTO "AUMENTO DE LA COTIZACIÓN OBLIGATORIA AL 11%"

(*) Campos obligatorios

FECHA DE SOLICITUD



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* _____

MES DESDE EL CUAL REGIRÁ LA DISMINUCIÓN DE LA COTIZACIÓN OBLIGATORIA

Año* _____ Mes* _____

*El desistimiento se aplicará el mes siguiente a la suscripción de este formulario o una vez cumplido el plazo mínimo de un año desde la primera cotización efectuada con una tasa de 11%

IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR

Razón social* _____

RUT* _____ Teléfono* _____ Correo electrónico* _____

Dirección* _____ Comuna* _____

Ciudad* _____ Región* _____

MES DESDE EL CUAL REGIRÁ LA DISMINUCIÓN DE LA COTIZACIÓN OBLIGATORIA

Año* _____ Mes* _____

*El desistimiento se aplicará el mes siguiente a la suscripción de este formulario o una vez cumplido el plazo mínimo de un año desde la primera cotización efectuada con una tasa de 11%

ORIGINAL: AFP MODELO

Firma del Trabajador

Firma de la Administradora