

# FORMULARIO MODIFICACIÓN "AUMENTO DE LA COTIZACIÓN OBLIGATORIA AL 11%"

(\*) Campos obligatorios

FECHA DE SOLICITUD

afp **m** modelo

## 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 MODIFICACIÓN DEL AUMENTO

Fecha de término Mes\* \_\_\_\_\_ Año\* \_\_\_\_\_

\*El descuento se aplicará al mes siguiente de la suscripción de este formulario.

Fecha de término indefinida

ORIGINAL: AFP MODELO

## IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR

Razón social\* \_\_\_\_\_

RUT\* \_\_\_\_\_ Teléfono\* \_\_\_\_\_ Correo electrónico\* \_\_\_\_\_

Dirección\* \_\_\_\_\_ Comuna\* \_\_\_\_\_

Ciudad\* \_\_\_\_\_ Región\* \_\_\_\_\_

## PERÍODO DE MODIFICACIÓN DEL AUMENTO

Fecha de término Mes\* \_\_\_\_\_ Año\* \_\_\_\_\_

\*El descuento se aplicará al mes siguiente de la suscripción de este formulario.

Fecha de término indefinida

\_\_\_\_\_  
Firma del Trabajador

\_\_\_\_\_  
Firma de la Administradora