

Agencia: _____

Fecha:

D	D	M	M	A	A	A	A

Formulario

Aumento de la Cotización Obligatoria al 11% (Trabajador Dependiente)

Datos Afiliado

Nombre Completo: _____

Rut/NIC.: _____ Teléfono: _____

Correo: _____

Dirección particular: _____

Comuna: _____ Ciudad: _____

Datos Empleador

Razón social empresa: _____

Rut empresa: _____ Teléfono: _____

Correo: _____

Datos Empleador 2

Razón social empresa: _____

Rut empresa: _____ Teléfono: _____

Correo: _____

Datos cotización obligatoria al 11%

Periodo de tiempo (Nº de meses que se aplicará aumento voluntario)

12 Meses

Indefinido

Vigencia aumento voluntario

Primer mes de descuento

M	M	A	A	A	A

Primer mes de pago

M	M	A	A	A	A

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.