**ANTECEDENTES DEL AFILIADO**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Dìa | Mes | Año |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Apellido Paterno\* | Apellido Materno\* | Nombres\* |
| Fecha deNacimiento\* | Dìa Mes Año | Lugar deNacimiento\* | Paìs | Comuna | Provincia | Regiòn |
|  |  |  |
|  |
| Cèdula de Identidad\* | Domicilio -Calle\* | Nùmero\* |
| Depto. Nº / Block / Sector / Poblaciòn / Villa | Comuna\* | Provincia | Regiòn\* | Casilla |
| Correo | Telèfono | E-MAIL | Sexo\* | Masculino = 1Femenino = 2 |
| Nivel deEducaciòn\* |  | 1= Sin Educaciòn 2= Bàsica 3= Media Cientìf.-Humanista 4= Media Tèc-Prof.5= Instituto Profesional 6= Universidad Pregrado 7=\_ Universidad Postgrado | Nº de años aprobados\* |  | Estado Civil\* | 1= Soltero 3= Viudo2= Casado 4= Separado |
| Nº de CargasFamiliares\* |  | Lugar deSuscripciòn\* |  | 1 = Centro de Atenciòn a los Afiliados (CAA) 2 = En el lugar de Trabajo |
| Instituciòn dePrevisiòn\* |  | 1003 = AFP Cuprum 1005 = AFP Habitat 1008 = AFP Provida1032 = AFP Planvital 1033 = AFP Capital 1099 = Otra (INP, Dipreca, Capredena,etc). |

**ANTECEDENTES DE LOS BENEFICIARIOS**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres | Cèdula de Identidad(Cuando corresponda) | Relaciòn con elAfiliado | Porcentaje |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**Original: A.F.C.**

**FECHA DE SUSCRIPCION**

En caso de fallecimiento, los fondos acumulados seràn pagados al(los) beneficiario(s) antes designado(s). Si se omite se pagaràn al cònyuge, hijos de filiaciòn matrimonial y/o no matrimonial o a los padres de filiaciòn matrimonial o no matrimonial del fallecido.

FECHA DE INICIO

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Dìa | Mes | Año |
|  |  |  |
| Nombre o Razòn Social\* | RUT\* |
| Domicilio - Calle\* | Nùmero\* | Depto. Nº / Block / Sector / Poblaciòn / Villa |
| Comuna\* | Provincia | Regiòn\* | Casilla | Correo de |
| Còdigo Postal | Telèfono | E-MAIL |
|  |
| TIPO DE CONTRATO\* |  | 1 = Duraciòn Indefinida 2 = A Plazo 3 = Obra, Trabajo o Servicio Determinado |
|  |
| TIPO DE AFILIACION\* |  | 1 = Opcional 2 = Obligatoria |  | Nº de Horas Trabajo Semanal\* |  |
|  |

**IDENTIFICACION EMPLEADOR**

DE LABORES

Declaraciòn del Empleado

Declaro recibir copia del formulario de afiliaciòn del trabajador al seguro de cesantìa.

|  |  |
| --- | --- |
| **USO EXCLUSIVO DE AFC** |  |
| Nombre del Funcionario | Cèdula de Identidad |  |
| Sucursal | Firma y Timbre |

Declaraciòn del Afiliado

Declaro que los datos consignados en esta solicitud son verdaderos.

Firma y Timbre Empleador o

Representante Legal

Firma del Afiliado\*

**ANTECEDENTES DEL AFILIADO**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Dìa | Mes | Año |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Apellido Paterno\* | Apellido Materno\* | Nombres\* |
| Fecha deNacimiento\* | Dìa Mes Año | Lugar deNacimiento\* | Paìs | Comuna | Provincia | Regiòn |
|  |  |  |
|  |
| Cèdula de Identidad\* | Domicilio -Calle\* | Nùmero\* |
| Depto. Nº / Block / Sector / Poblaciòn / Villa | Comuna\* | Provincia | Regiòn\* | Casilla |
| Correo | Telèfono | E-MAIL | Sexo\* | Masculino = 1Femenino = 2 |
| Nivel deEducaciòn\* |  | 1= Sin Educaciòn 2= Bàsica 3= Media Cientìf.-Humanista 4= Media Tèc-Prof.5= Instituto Profesional 6= Universidad Pregrado 7=\_ Universidad Postgrado | Nº de años aprobados\* |  | Estado Civil\* | 1= Soltero 3= Viudo2= Casado 4= Separado |
| Nº de CargasFamiliares\* |  | Lugar deSuscripciòn\* |  | 1 = Centro de Atenciòn a los Afiliados (CAA) 2 = En el lugar de Trabajo |
| Instituciòn dePrevisiòn\* |  | 1003 = AFP Cuprum 1005 = AFP Habitat 1008 = AFP Provida1032 = AFP Planvital 1033 = AFP Capital 1099 = Otra (INP, Dipreca, Capredena,etc). |

**ANTECEDENTES DE LOS BENEFICIARIOS**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres | Cèdula de Identidad(Cuando corresponda) | Relaciòn con elAfiliado | Porcentaje |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**Copia: Afiliado**

**FECHA DE SUSCRIPCION**

En caso de fallecimiento, los fondos acumulados seràn pagados al(los) beneficiario(s) antes designado(s). Si se omite se pagaràn al cònyuge, hijos de filiaciòn matrimonial y/o no matrimonial o a los padres de filiaciòn matrimonial o no matrimonial del fallecido.

FECHA DE INICIO

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Dìa | Mes | Año |
|  |  |  |
| Nombre o Razòn Social\* | RUT\* |
| Domicilio - Calle\* | Nùmero\* | Depto. Nº / Block / Sector / Poblaciòn / Villa |
| Comuna\* | Provincia | Regiòn\* | Casilla | Correo de |
| Còdigo Postal | Telèfono | E-MAIL |
|  |
| TIPO DE CONTRATO\* |  | 1 = Duraciòn Indefinida 2 = A Plazo 3 = Obra, Trabajo o Servicio Determinado |
|  |
| TIPO DE AFILIACION\* |  | 1 = Opcional 2 = Obligatoria |  | Nº de Horas Trabajo Semanal\* |  |
|  |

**IDENTIFICACION EMPLEADOR**

DE LABORES

Declaraciòn del Empleado

Declaro recibir copia del formulario de afiliaciòn del trabajador al seguro de cesantìa.

|  |  |
| --- | --- |
| **USO EXCLUSIVO DE AFC** |  |
| Nombre del Funcionario | Cèdula de Identidad |  |
| Sucursal | Firma y Timbre |

Declaraciòn del Afiliado

Declaro que los datos consignados en esta solicitud son verdaderos.

Firma y Timbre Empleador o

Representante Legal

Firma del Afiliado\*