**ANTECEDENTES DEL AFILIADO**

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Apellido Paterno\* | | | | | | | Apellido Materno\* | | | | | | | Nombres\* | | | | | | |
| Fecha de  Nacimiento\* | Dìa Mes Año | | | | | Lugar de  Nacimiento\* | | | 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 = 1  Femenino = 2 | | |
| Nivel de  Educaciòn\* |  | 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= Viudo  2= Casado 4= Separado | | |
| Nº de Cargas  Familiares\* |  | Lugar de  Suscripciòn\* | | | | |  | | 1 = Centro de Atenciòn a los Afiliados (CAA) 2 = En el lugar de Trabajo | | | | | | | | | | | |
| Instituciòn de  Previsiòn\* | | |  | | 1003 = AFP Cuprum 1005 = AFP Habitat 1008 = AFP Provida  1032 = 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 el  Afiliado | 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 de  Nacimiento\* | Dìa Mes Año | | | | | Lugar de  Nacimiento\* | | | 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 = 1  Femenino = 2 | | |
| Nivel de  Educaciòn\* |  | 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= Viudo  2= Casado 4= Separado | | |
| Nº de Cargas  Familiares\* |  | Lugar de  Suscripciòn\* | | | | |  | | 1 = Centro de Atenciòn a los Afiliados (CAA) 2 = En el lugar de Trabajo | | | | | | | | | | | |
| Instituciòn de  Previsiòn\* | | |  | | 1003 = AFP Cuprum 1005 = AFP Habitat 1008 = AFP Provida  1032 = 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 el  Afiliado | 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\*