

FORMULARIO

CERTIFICACIÓN DE EXENCIÓN DE APORTES AL SEGURO SOCIAL OBLIGATORIO DE LARGO PLAZO

SEÑOR(A) AFILIADO(A):

El presente Formulario ha sido llenado de acuerdo a la información proporcionada junto a su solicitud.

De acuerdo a:

.....
(Nombre y Cargo del ejecutivo o responsable de la Entidad aseguradora en el país de origen)

Se certifica que:

Que el señor(a) con Número de Documento
(Nombre y Apellidos del interesado)

de Identidad....., tipo..... emitido en.....
(Del Documento) (Pasaporte, Cedula de Identificación, etc.) (País)

se encuentra registrado en..... donde se halla
(Nombre de la Entidad donde se halla registrado)

cubierto a la fecha para las siguientes prestaciones: (Marque el espacio / espacios que corresponda).

- | | SI | NO |
|--|--------------------------|--------------------------|
| • Jubilación | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Invalidez y Muerte por causa profesional | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Invalidez y Muerte por causa común | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Invalidez y Muerte por causa profesional (laboral) aún si la persona se halla trabajando fuera del país de origen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Se adjuntan los siguientes documentos presentados por el interesado: (Marque el espacio que corresponda).

Si No

Detalle de aportes del solicitante (o equivalentes al estado de la cuenta individual)

Otros que demuestren que la persona aporta en esa institución:
(nombre cualquier otro documento que se adjunte)

FIRMA DEL INTERESADO

(O del representante que verifica la información contenida en el Formulario)

ESPACIO PARA LLENADO OBLIGATORIO Y EXCLUSIVO DE LA ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES:

Elaborado por: _____ Fecha de elaboración: _____
(nombres y apellidos)

Sello y firma AFP: _____

DEBE ENTREGARSE UNA COPIA PARA AFILIADO Y EL ORIGINAL PARA LA ADMINISTRADORA