

## 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	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Detalle de aportes del solicitante (o equivalentes al estado de la cuenta individual)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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**