

N° de Reclamo

(Uso Exclusivo AFC)

FECHA DE  
SUSCRIPCION

Día	Mes	Año

RECLAMANTE:  AFILIADO     EMPLEADOR     INTERMEDIARIO

### IDENTIFICACION DEL RECLAMANTE

APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRES O RAZON SOCIAL			
CEDULA NACIONAL DE IDENTIDAD		DOMICILIO	
COMUNA	REGION	E-MAIL	N° AFILIADOS INVOLUCRADOS

### MATERIAS DEL RECLAMO

<input type="checkbox"/> AFILIACION CREADA INDEBIDAMENTE	<input type="checkbox"/> TIPO CONTRATO ERRONEO
<input type="checkbox"/> AFILIACION ELIMINADA INDEBIDAMENTE	<input type="checkbox"/> FECHA AFILIACION ERRONEA
<input type="checkbox"/> COTIZACION NO PAGADA	<input type="checkbox"/> RELACION LABORAL ERRONEA
<input type="checkbox"/> COTIZACION PAGADA Y NO ABONADA	<input type="checkbox"/> COTIZACION EN REZAGO
<input type="checkbox"/> BENEFICIO MAL CALCULADO	<input type="checkbox"/> COTIZACION MAL ABONADA
<input type="checkbox"/> OTRO:	
GLOSA: _____	
_____	
_____	

### DOCUMENTACION APORTADA

<input type="checkbox"/> COPIA SOLICITUD DE AFILIACION
<input type="checkbox"/> COPIA CONTRATO DE TRABAJO
<input type="checkbox"/> COPIA LIQUIDACION DE REMUNERACIONES
<input type="checkbox"/> COPIA PLANILLA PAGO DE COTIZACIONES
<input type="checkbox"/> FOTOCOPIA CEDULA DE IDENTIDAD
<input type="checkbox"/> OTRO:

### RUT PAGADOR      PERIODO PAGO

	—		
	—		
	—		

### IDENTIFICACION AFILIADOS INVOLUCRADOS

	NOMBRE COMPLETO AFILIADO	RUT	AFP VIGENTE
1		—	
2		—	
3		—	
4		—	
5		—	
6		—	
7		—	
8		—	
9		—	
10		—	

USO EXCLUSIVO DE LA AFC		Firma y Timbre
Nombre del Funcionario	Rut	
Sucursal		

FIRMA DEL RECLAMANTE

Formulario N°:

(Uso interno AFP)

Original: A.F.C.

Copia 1: C.A.A

Copia 2: Reclamante