



**SOLICITUD DE CALCULO DEL
EXCEDENTE DE LIBRE DISPOSICION**

Día	Mes	Año

Fecha:

Nº de Cuenta:

--

I. IDENTIFICACION DEL AFILIADO

Apellido Paterno		Apellido Materno		Nombres	
R.U.T.		Céd. Identidad N°		Gabinete	
Domicilio - Calle	N°	Depto.	Comuna	Ciudad	Teléfono

ORIGINAL
AFP

II. SOLICITUD

Con esta fecha solicito a A.F.P. HABITAT S.A., que analice mi derecho a excedente de libre disposición, actualmente me encuentro percibiendo pensión de:

Vejez

Invalidez

Vejez anticipada

Percibe pensiones del sistema antiguo

SI

NO

Institución _____ desde
año

FIRMA DEL AFILIADO

III. USO ADMINISTRADORA

Fecha Recepción

Agencia: _____

Nombre funcionario _____

Agencia en que desea cobrar _____

FIRMA Y TIMBRE DE
RECEPCION EN LA ADMINISTRADORA