



**DECLARACION DE OPCIÓN EXENCIÓN DE COTIZACIÓN
OBLIGATORIA NO PENSIONADOS (mayores 60 o 65 años según
corresponda), PENSIONADO ANTIGUO SISTEMA O
PENSIONADO D.L.3500**

YO: _____, RUT: _____, con esta
fecha informo mi deseo de no seguir efectuando cotizaciones
obligatorias a mi cuenta individual en AFP Hábitat, a partir de las
remuneraciones devengadas del mes de _____, por lo
que solicito a mi empleador:
_____ RUT: _____, no aplicar
la retención de la cotización obligatoria de mi remuneración
imponible.

De acuerdo a lo anterior, estoy en conocimiento de la obligación a
que se me continúe aplicando el descuento correspondiente a la cotización
de salud.

Firma

AFP Hábitat certifica que el afiliado identificado, cumple con los requisitos establecidos en el art.
69 del D.L. 3500 para acogerse a la exención de cotizar a la cuenta de cotizaciones obligatorias
por (marcar lo que corresponda):

CUMPLIMIENTO EDAD LEGAL, no pensionado

PENSIONADO ANTIGUO SISTEMA

PENSIONADO D.L. 3.500 (no aplica para invalidez transitoria)

Firma y timbre recepción AFP