

Trabajadores Independientes

Guía para llenar tu contrato de afiliación a AFP Habitat

1. Acercarse al Banco de la Nación portando su documento de identidad y una copia legible del mismo.
2. Solicitar el contrato de afiliación y Cartilla informativa de la ley 28991.
3. Proceder al llenado de los siguientes campos con **letra imprenta**

Los siguientes campos son obligatorios:

- a. Apellidos y nombres completos.
 - b. Sexo.
 - c. Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa).
 - d. Tipo y número de documento de identidad (Identificar qué tipos de documentos)
 - e. Dirección completa: Tipo de vía, nombre de la vía, número, Localidad, distrito, provincia y departamento.
 - f. N° de teléfono personal.
 - g. Correo electrónico personal (**Este dato deberá ser colocado independientemente si se marca o no la autorización de envío de estado de cuenta por email**).
 - h. Huella digital.
 - i. Firma y fecha.
 - j. Firma en las cláusulas.
4. Una vez llenado y suscrito el contrato, **entregar el contrato y las cláusulas debidamente firmadas, copia del Documento de identidad y la Cartilla informativa de la ley 28991,** al representante del Banco de la Nación, el cual le entregará la copia ROJA del contrato al trabajador.

HA- 00000002
N° SOLICITUD AFP

AFP

CUSPP

INSTRUCCIONES:

1. Llenar con letra tipo imprenta.
2. No firmar el presente "Contrato de Afiliación" sin haber leído cuidadosamente las Cláusulas impresas al reverso.
3. A presente "Contrato de Afiliación" deberá adjuntarse la copia del documento de identidad respectivo.
4. En la sección 3, el campo destinado para el "Número de Empleadores" deberá indicarse con el número de orden correspondiente al empleador que se está registrando y con el número total de empleadores.
5. Para los casos de trabajadores con más de un empleador, se deberá mantener el mismo N° de Solicitud para todos los juegos del formato SPP 1001 presentados, debiendo suprimirse el N° de Solicitud en los formatos adicionales.

1. IDENTIFICACIÓN DEL AFILIADO

Apellido Paterno		Apellido Materno o de Casada		Primer Nombre		Segundo Nombre	
Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Lugar de Nacimiento (*)	Fecha de Nac. (dd/mm/aaaa)	Tipo Doc. Ident.	Nro. Documento de Identidad	N° carné IPSS	Nacionalidad	

DOMICILIO PARTICULAR

Avenida (Av.) / Calle (Cl.) / Pasaje (Ps.) / Jirón (Jr.)		Número (N°) / Departamento (Dpto.) / Interior (Int.) / Manzana (Mz.) / Lote (Lt.)		Urbanización (Urb.) o identificación de localidad			
Distrito		Provincia		Departamento		Teléfono	Código Ubigeo

2. ANTECEDENTES PREVISIONALES

Tipo de Trabajador	Proviene del D. Ley N° 19990	Proviene del D. Ley N° 20530	Primer Empleo	Tipo de Afiliación
Dependiente <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Normal <input type="checkbox"/> Reafiliación <input type="checkbox"/>

3. DATOS DEL EMPLEADOR (Utilizar un formato SPP - 1001 por cada empleador que tenga el afiliado)

Nombre o Razón Social		Número de empleadores (en números): _____ de _____	
Avenida (Av.) / Calle (Cl.) / Pasaje (Ps.) / Jirón (Jr.)		Número (N°) / Departamento (Dpto.) / Interior (Int.) / Manzana (Mz.) / Lote (Lt.)	
Distrito		Provincia	
Departamento		Teléfono	Código Ubigeo

4. IDENTIFICACIÓN DEL PROMOTOR

Código	Apellido Paterno	Apellido Materno o de Casada	Primer Nombre	Segundo Nombre
--------	------------------	------------------------------	---------------	----------------

5. FIRMA DE LOS CONTRATANTES

Declaro bajo juramento que la información brindada a la vista del documento en los recuadros 1. Identificación del Afiliado y 2. Antecedentes Previsionales es verdadera y que la firma registrada es auténtica.	Declaro bajo juramento que los datos proporcionados que constan en este contrato son verdaderos.	Lugar y fecha de suscripción del contrato	Huella Digital del Afiliado (opcional)
_____ Firma del Promotor	_____ Firma del Trabajador	_____/_____/_____ de _____ del _____	

6. OBSERVACIONES

(*) Deberá incluirse el Código de Ubicación Geográfica del INE.

Autorizo el envío de mi Estado de Cuentas Cuatrimestral mediante correo electrónico, de acuerdo a la Resolución SBS N° 080-98-EF-SAFP Art. 103

Correo electrónico: _____

Nombres Apellidos del Afiliado: _____

Firma del Afiliado

Fecha

Firma de las cláusulas:

cesantía o desempleo; a partir del día en que reinicié labores.
 d) Trabajador independiente: a partir del primer día del mes siguiente a aquel en que suscribe el contrato de afiliación. Es responsabilidad de la AFP velar por el cumplimiento de la entrega oportuna de las copias del contrato de afiliación. En todos los casos, la fecha de pago de los aportes al SPP se iniciará al mes siguiente de la fecha en la cual se inicia el devengue de los aporte en el SPP.
Décimo Tercera.- Los trabajadores al incorporarse al SPP tendrán derecho a las prestaciones de jubilación, invalidez, sobrevivencia y gastos de sepelio, dentro de los alcances establecidos por el Texto Único Ordenado de la Ley del Sistema Privado de Administración de Fondos de Pensiones, normas reglamentarias y complementarias, sin incluir prestaciones de salud ni riesgos de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales.

donde serán notificadas válidamente respecto de cualquier aspecto vinculado con la ejecución y/o interpretación del presente contrato. En caso de variación de domicilio, las partes se obligan a informar dicha variación a la contraparte, de acuerdo con los plazos y formatos establecidos por la Superintendencia. Si se incumpliera con el procedimiento aquí pactado, serán plenamente válidas las notificaciones que se practiquen en los domicilios que se consignan en la parte introductoria del presente contrato.
 La ley aplicable a la ejecución e interpretación de este contrato será la ley peruana.

Conforme las partes contenido del presente contrato, los suscriben en _____ el _____ de _____ del _____

La AFP

EL AFILIADO

Certifico haber leído y estar de acuerdo con todas las cláusulas arriba indicadas.

Firma del Afiliado