



ANEXO 2 MODIFICACIÓN DE DEDUCCIONES

A la atención de Empleador ARCADIS Chile
 Dirección Empleador Antonio Varas 621 , Providencia
 CP 750 0966 , Santiago , Chile
 Fecha

Ref.: 'Plan Global de Acciones' ('Plan') – Modificación de mis Deducciones

Estimado Señor/Señora,

Vengo en referirme a mi Acuerdo de Participación de fecha

y en particular a los artículos 3.1 de dicho Acuerdo de Participación y Artículo 5.5 del Plan, concernientes a la modificación del monto de mis Deducciones. Los términos que en su inicio se escriban con mayúscula, que aquí se utilicen y que no se encuentren definidos, tendrán el significado que les confiere el Acuerdo de Participación y el Plan.

Declaro querer modificar, y por el presente instrumento autorizo a mi Empleador a modificar, el monto de mis Deducciones, con fecha de vigencia

1° de Julio 1° de Enero al monto de CLP por mes.
 (mínimo CLP 17.000 y máximo CLP 300.000)

Declaro comprender que la modificación del monto de mis Deducciones sólo comenzará a regir el

- (I) 1° de Julio, en caso de que mi Empleador haya recibido la presente notificación por escrito con anterioridad al 1° de Junio del año calendario respectivo, o
- (II) el 1° de Enero en caso de que mi Empleador haya recibido la presente notificación por escrito con anterioridad al 1° de Diciembre del año calendario respectivo. Si la presente notificación por escrito no es recibida con anterioridad al 1° de Junio, la modificación comenzará a regir desde el 1° de Enero del año calendario siguiente. Si la presente notificación por escrito no es recibida con anterioridad al 1° de Diciembre, la modificación comenzará a regir desde el 1° de Julio del año calendario siguiente.

Declaro comprender y reconocer que la modificación de mis Deducciones no alterará los restantes términos y condiciones de mi participación en el Plan, según se encuentran establecidos en el Acuerdo de Participación ya mencionado, y que de conformidad con la legislación laboral Chilena, no me está permitido autorizar un monto de mis Deducciones mensuales superior a un 15% de mi compensación mensual.

Le saluda atentamente,

Nombre del Participante Cuenta bancaria

Dirección del Participante Firma



EL FORMULARIO COMPLETADO Y FIRMADO SE ENTREGA EN SU ORIGINAL AL ÁREA DEPARTAMENTO COMPENSACIONES Y BENEFICIOS.