

### FORMULARIO DE DENUNCIO BENEFICIO DE CESANTÍA (1)

FECHA     
DÍA MES AÑO

Nombre: \_\_\_\_\_ RUT: \_\_\_\_\_ -  
APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRE

Número de contacto: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Sucursal: \_\_\_\_\_ Agencia: \_\_\_\_\_ Agente: \_\_\_\_\_

Nombre Empleador(es)	RUT Empleador(es)	Causal de Cesantía Involuntaria	Fecha de término laboral

Beneficio de Cesantía contratado: 3 meses  6 meses  9 meses  12 meses

**Documentación**

Finiquito(s) legalizado(s), decretos(s) o resolución(es)

Fotocopia C.I (ambos lados)

Certificado AFP últimos 12 meses con RUT pagador

**Esta solicitud está sujeta a revisión y aprobación, que será comunicada en un plazo máximo de 10 días hábiles.** Posteriormente a dicho plazo, el afiliado deberá concurrir a las oficinas donde formalizó su denuncia, a objeto de suscribir los documentos contractuales pertinentes en un plazo máximo de 5 días hábiles desde la fecha de notificación.

08 FEB 19

\_\_\_\_\_  
Firma Afiliado(a)

\_\_\_\_\_  
Firma y código Ejecutivo(a)

RUT Afiliado(a): \_\_\_\_\_ -

RUT Ejecutivo(a): \_\_\_\_\_ -