

### FORMULARIO DE DENUNCIO BENEFICIO DE CESANTÍA PLUS (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:    4 meses     6 meses     9 meses 

#### Documentación

- Finiquito(s) legalizado(s), decretos(s) o resolución(es)
- Fotocopia C.I (ambos lados)
- Certificado AFP últimos 12 meses con RUT pagador
- Certificado de Isapre donde se señale el valor del plan contratado.
- En caso de demanda del trabajador al empleador, Carta de Aviso del despido del empleador.

**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.

ABR23

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

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

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

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