

FORMULARIO DE DENUNCIO BENEFICIO DE CESANTÍA

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 4 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
- 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.

Firma Afiliado(a)

Firma y código Ejecutivo(a)

RUT Afiliado(a): _____ -

RUT Ejecutivo(a): _____ -