

SOLICITUD DE AFILIACION AL SEGURO DE CESANTIA

N° Solicitud

(Uso Exclusivo AFC)

**FECHA DE
SUSCRIPCION**

Día	Mes	Año

ANTECEDENTES DEL AFILIADO

Apellido Paterno*			Apellido Materno*			Nombres*					
Fecha de Nacimiento*	Día		Mes		Año	Lugar de Nacimiento*	País	Comuna	Provincia	Región	
Cédula de Identidad*				Domicilio - Calle*					Número*		
Depto. N° / Block / Sector / Población / Villa						Comuna*		Provincia		Región*	Casilla
Correo		Teléfono		E-MAIL				Sexo*	Masculino = 1 Femenino = 2		
Nivel de Educación*	1= Sin Educación 2= Básica 3= Media Cientif-Humanista 4= Media Téc-Prof 5= Instituto Profesional 6= Universidad Pregrado 7= Universidad Postgrado						N° de años aprobados*	Estado Civil*	1= Soltero 3= Viudo 2= Casado 4= Separado		
N° de Cargas Familiares*	Lugar de Suscripción*		1 = Centro de Atención a los Afiliados (CAA)					2 = En el lugar de Trabajo			
Institución de Previsión*			1003 = AFP Cuprum	1005 = AFP Habitat	1008 = AFP Provida	1032 = AFP Planvital	1033 = AFP Capital	1099 = Otra (INP, Dipreca, Capredena, etc).			

ANTECEDENTES DE LOS BENEFICIARIOS

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Cédula de Identidad (Cuando corresponda)	Relación con el Afiliado	Porcentaje
			—		
			—		

En caso de fallecimiento, los fondos acumulados serán pagados al(los) beneficiario(s) antes designado(s). Si se omite se pagarán al cónyuge, hijos de filiación matrimonial y/o no matrimonial o a los padres de filiación matrimonial o no matrimonial del fallecido.

**FECHA DE INICIO
DE LABORES**

Día	Mes	Año

IDENTIFICACION EMPLEADOR

Nombre o Razón Social*						RUT*	
Domicilio - Calle*				Número*	Depto. N° / Block / Sector / Población / Villa		
Comuna*		Provincia		Región*	Casilla	Correo de	
Código Postal		Teléfono		E-MAIL			
TIPO DE CONTRATO*		1 = Duración Indefinida	2 = A Plazo	3 = Obra, Trabajo o Servicio Determinado			
TIPO DE AFILIACION*		1 = Opcional	2 = Obligatoria	N° de Horas Trabajo Semanal*			

USO EXCLUSIVO DE AFC	
Nombre del Funcionario	Cédula de Identidad
	—
Sucursal	Firma y Timbre

Declaración del Empleador
Declaro recibir copia del formulario de afiliación del trabajador al seguro de cesantía.
Firma y Timbre Empleador o Representante Legal

Declaración del Afiliado
Declaro que los datos consignados en esta solicitud son verdaderos.
Firma del Afiliado*

IMPORTANTE:

- AL ORIGINAL DEL FORMULARIO SE DEBE ADJUNTAR FOTOCOPIA DE LA CÉDULA DE IDENTIDAD VIGENTE POR AMBOS LADOS.
- QUE EL(LA) TRABAJADOR(A) NO CORRESPONDA A UN(A) TRABAJADOR(A) DE CASA PARTICULAR; QUE NO ESTÉ SUJETO(A) A CONTRATO DE APRENDIZAJE; QUE NO SEA MENOR DE 18 AÑOS; NI PENSIONADO(A), SALVO QUE LA PENSIÓN SE HUBIERE OTORGADO POR INVALIDEZ PARCIAL.
- OTRAS INDICACIONES AL REVERSO.