

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 Científ-Humanista 4= Media Téc-Prof 5= Instituto Profesional 6= Universidad Pregrado 7= Universidad Postgrado				N° de años aprobados*	Estado Civil*	1= Soltero 4= Separado 2= Casado 5= Divorciado 3= Viudo	
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

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

Declaracion del Afiliado
Declaro bajo juramento que los datos consignados en esta solicitud son verdaderos y además que:
- Soy trabajador dependiente y mi contrato de trabajo está regido por el Código del Trabajo.
- No soy menor de 18 años
- No soy trabajador de casa particular, no estoy sujeto a contrato de aprendizaje ni tengo la calidad de pensionado (tal calidad no incluye la de invalidez parcial).
Firma y Cédula de Identidad del Afiliado*

IMPORTANTE:

- AL ORIGINAL DEL FORMULARIO SE DEBE ADJUNTAR FOTOCOPIA DE LA CEDULA DE IDENTIDAD VIGENTE POR AMBOS LADOS.
- OTRAS INDICACIONES AL REVERSO.