



SEGURO DE CESANTIA

SOLICITUD DE PRESTACION POR SEGURO DE DESEMPLEO

FOLIO

Tipo Solicitante:
1 = Titular
2 = Mandatario

			FECHA DE RECEPCION		
REGION	AFP	SUCURSAL	DIA	MES	AÑO

DOCUMENTACION RECEPCIONADA

 Original Poder Notarial Fotocopia Poder Legalizada Finiquito Carta de Despido Liquidación de Sueldo Otros Detallar _____
SECCION 1: DATOS DEL AFILIADO: (Dejar un espacio en blanco entre los apellidos y nombres)

RUT	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES
FECHA DE NACIMIENTO		SEXO	ESTADO CIVIL
DIA	MES	AÑO	PROFESION U OFICIO
	1.- Masc. <input type="checkbox"/>	Soltero (a) <input type="checkbox"/>	Viudo (a) <input type="checkbox"/>
	2.- Fem. <input type="checkbox"/>	Casado (a) <input type="checkbox"/>	Divorciado (a) <input type="checkbox"/>
NIVEL DE EDUCACION	1= Sin Estudios; 2= Educ. Básica; 3= Media Científica-Humanista; 4= Media Téc.-Profesional; 5 = Centro de Formación Técnica o Instituto Profesional 6 = Universidad Pregrado; 7 = Universidad		Nº de Años Aprobados

Domicilio Actual

Calle	Nº	Depto. Nº /Block/Sector/Población/Villa	Región	Ciudad	Comuna	Casilla	Correo
Código Postal	Teléfono	E-Mail					

SECCION 2: DATOS DEL EMPLEO: (Llenar por la Agencia de acuerdo al finiquito)

1.- CODIGO ACTIVIDAD ECONOMICA
2.- NOMBRE O RAZON SOCIAL EMPLEADOR CODIGO RUT EMPLEADOR

FECHA TERMINACION DE RELACION LABORAL

DIA	MES	AÑO

2.1 DOMICILIO

CALLE	Nº	DEPTO.	POBL./VILLA	COMUNA	REGION	TELEFONO

3.- CAUSAL DE TERMINO DE CONTRATO

(1) Art. 159 Nº 1 : Mutuo acuerdo.	<input type="checkbox"/>
(2) Art. 159 Nº 2 : Renuncia.	<input type="checkbox"/>
(3) Art. 159 Nº 4 : Vencimiento del plazo.	<input type="checkbox"/>
(4) Art. 159 nº 5 : Término de trabajo o servicio.	<input type="checkbox"/>
(5) Art. 159 Nº 6 : Caso fortuito o fuerza mayor.	<input type="checkbox"/>
(6) Art. 160 : Causal imputable al trabajador.	<input type="checkbox"/>
(7) Art. 161 : Necesidades de la empresas.	<input type="checkbox"/>
(8) Art. 163 bis: Empleador sometido a proc. Concursal de liquidación.	<input type="checkbox"/>
(9) Art. 171, inciso 1.	<input type="checkbox"/>

SECCION 3: OPCION FONDO DE CESANTIA SOLIDARIO

Sólo para trabajadores con causal de despido:
Art. 159, Nº 4, Art. 159, Nº 5, Art. 159, Nº6, Art. 161 y Art. 163 bis. Todas del Código del Trabajo

OPTA AL FONDO SOLIDARIO
SI NO

SECCION 4: OTRAS INFORMACIONES

SELECCION MODALIDAD DE PAGO	2.- Depósitos en:
1.- Efectivo a) Banco Estado <input type="checkbox"/>	a) Cta. Cte. - Vista <input type="checkbox"/>
b) Servipag <input type="checkbox"/>	b) Cta. Ahorro <input type="checkbox"/>
En caso del Nº 2 indicar: Nombre Banco y Suc.:	Código Banco
<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Nº Cta. Cte. Vista o Ahorro <input type="text"/>
FECHA DE PAGO PRESTACION: <input type="text"/>	LUGAR DE PAGO: <input type="text"/>

SECCION 4.1: ACTUALIZACIONES

ACTUALIZADA BENEFICIARIOS SI NO En caso de actualizar beneficiarios adjuntar formulario definido para este efecto.

SECCION 5: MANDATARIO

RUT	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES

OBSERVACION LA AGENCIA DEBERA RECEPCIONAR ORIGINAL DEL PODER LEGAL O FOTOCOPIA LEGALIZADA ANTE NOTARIO

DECLARO BAJO JURAMENTO QUE TODOS LOS DATOS CONTENIDOS EN LA PRESENTE SOLICITUD CORRESPONDEN FIELMENTE A LA VERDAD.

Firma del Trabajador o del Mandatario

CERTIFICO QUE LOS DATOS CONSIGNADOS EN LA PRESENTE SOLICITUD CORRESPONDEN A LOS CONTENIDOS EN LOS DOCUMENTOS DE IDENTIFICACIÓN DEL SOLICITANTE Y FINIQUITO, LOS QUE HE TENIDO A LA VISTA.

Firma - Timbre - Nombre Funcionario AFC

PARA AQUELLOS TRABAJADORES QUE HABIENDO TERMINADO UNA RELACIÓN, LABORAL MANTIENEN OTRA VIGENTE, LA DECLARACIÓN DE CESANTIA SE ENTENDERÁ RESPECTO DE LA RELACIÓN LABORAL POR LA CUAL SE TRAMITE EL BENEFICIO.

INFORMAMOS A USTEDES QUE TIENE BENEFICIO DE SALUD A TRAVÉS DE FONASA MIENTRAS RECIBA BENEFICIOS DEL SEGURO DE CESANTIA, PODRÁ SOLICITAR RECALCULO DE TRAMO EN FONASA.

Original: A.F.C.

INSTRUCCIONES DE LLENADO
SOLICITUD DE PRESTACION POR SEGURO DE DESEMPLEO

NORMAS GENERALES

El presente formulario sirve para tramitar prestaciones por cesantía de trabajadores afiliados al seguro de cesantía (ley 19.728). Es un formulario autocopiativo, consta de original para la Administradora de Fondos de Cesantía y 1 copia para el afiliado.

NOTA: No se debe utilizar este formulario para tramitar el retiro de fondos por fallecimiento o por obtención de pensión, pues existen formularios específicos para esos trámites.

CARACTERÍSTICAS DE PRESTACIONES

En caso de que el afiliado quede cesante por dos o más empleadores en forma simultánea, el derecho a la prestación por cesantía debe solicitarse en forma independiente para cada uno de ellos, siempre y cuando el solicitante cumpla –para cada uno de ellos– con los requisitos de las cotizaciones mínimas que exige la Ley.

Los afiliados al momento de quedar cesantes, podrán retirar el saldo de su cuenta individual, en tanto giros como su cuenta le permita financiar, en base a la renta promedio de los últimos 6 meses si tiene contrato a plazo, o 12 meses si tiene contrato indefinido. En el primer pago recibirá el 50% de esta renta promedio, los que irán decreciendo hasta agotar el saldo de la cuenta individual. Si el término del contrato es atribuible a las causales 159-4, contrato a plazo fijo, 159-5, contrato por obra, servicio o faena, 159-6, caso fortuito o fuerza mayor, 161 necesidades de la empresa y 163-bis, empleador sometido a proc. Concursal de liquidación, pueden optar al Fondo de Cesantía Solidario, con un tope de 5 giros, a mantener el beneficio de salud en FONASA y recibir las asignaciones familiares autorizadas al momento de quedar cesante para los tramos A y B. Como requisitos adicionales se deben registrar 12 cotizaciones al FCS en los últimos 24 meses anteriores al despido, tener un saldo insuficiente para financiar su beneficio, tener los últimos tres pagos de cotizaciones anteriores al despido continuas y con el mismo empleador, y mantenerse cesante. También se debe cumplir con las exigencias de la Oficina Municipal de intermediación laboral OMIL.

Importante: La presente solicitud será sometida a un proceso de validación computacional de datos, que podría derivar en rechazos, ya sea por incumplimiento de requisitos o por errores u omisión de información. En caso de aceptación, si se verifica factibilidad de optar al fondo solidario, el sistema realizará un cálculo estimativo de las prestaciones alternativas para que el afiliado ejerza, informada mente, su derecho a elección

Documentación requerida

- Cédula de identidad vigente (afiliado o mandatario)
- Finiquito de trabajo o certificación de término de contrato debidamente legalizados.

Si el trámite es realizado por un tercero (mandatario), se le exigirá presentar además un mandato debidamente legalizado, en que conste el RUT y nombre del afiliado.

INSTRUCCIONES ESPECIFICAS DE LLENADO

Encabezado

Este campo debe ser completado por el funcionario de AFC al momento de recibir la solicitud, para identificar el tipo de solicitante (1=Titular afiliado; 2=Mandatario), región, AFP, Sucursal, fecha de recepción, y la documentación recepcionada (marcar con una X el casillero correspondiente).

SECCION 1 (Datos del afiliado)

Codificar cuidadosamente y con exactitud, evitando posteriores rechazos.

RUT: codifica número de la cédula de identidad del afiliado.

Nombres: consigna apellido paterno, apellido materno y nombres del afiliado.

Fecha de nacimiento: registra día, mes y año en formato de fecha numérico (Ejemplo: 05/10/1953)

Sexo: 1= Masculino; 2= Femenino

Profesión u oficio: anota profesión u oficio principal del afiliado.

Estado civil: identifica con una "X" la opción correspondiente.

Nivel educacional: registra en el casillero el número que corresponda (1=Sin estudios;

2= Educación Básica; 3= Educación media científico-humanista; 4= Educación media técnico-profesional; 5= centro de Formación Técnica o Instituto Profesional;

6= Universidad Pregrado; 7= Universidad Postgrado).

N° de años aprobados: consigna el número de años cursados y aprobados en total.

Domicilio: registra datos completos del domicilio del solicitante (calle, N°, Dpto., block/sector/población/villa, región, ciudad, comuna, etc.)

Teléfono: número personal o de contacto, en horas de oficina.

E-mail: dirección electrónica, si la tiene.

SECCION 2 (Datos del empleo con finiquito)

Los datos del empleador (RUT, nombre o razón social, domicilio, etc.) deben ser exactos, para la correcta identificación del mismo.

Código actividad económica del empleador: llenar según el código de actividad económica vigente para el año tributario, definido por el Servicio de Impuestos Internos.

Fecha término de contrato: registra día, mes y año de término del contrato, en formato numérico de fecha (Ejemplo: 02/11/2002)

Causal de término: se registra la causal en base a información de artículo y número (o inciso) del Código del Trabajo explícito en el finiquito, en el cual se fundamenta el término del contrato, donde: (1) Art. 159 - 1, mutuo acuerdo de las partes; (2) Art. 159 - 2, renuncia del trabajador; (3) Art. 159 - 4, vencimiento del plazo; (4) Art. 159 - 5, término de la obra, trabajo o servicio determinado; (5) Art. 159-6, caso fortuito o fuerza mayor; (6) Art. 160, causa imputable al trabajador; (7) Art. 161, necesidades de la empresa; (8) 163-bis, empleador sometido a proc. Concursal de liquidación y (9) Art. 171, inciso primero.

SECCION 3 (Opción fondo de cesantía solidario)

Si la causal de cese anterior es la N°3, N°4, N°5 o N°7, el solicitante tiene derecho a optar por el fondo de cesantía solidario, para lo cual debe marcar la opción "sí" o "no". En caso de optar por el Fondo de Cesantía Solidario, tendrá derecho a percibir las cargas familiares autorizadas solo en los tramos A y B.

SECCION 4 (Modalidad de pago)

El solicitante debe indicar la forma en que desea se le haga efectivo el pago de la prestación.

Selección modalidad de pago: registra la opción elegida por el solicitante, donde:

1= Efectivo; 2a= Depósito en cuenta corriente o Vista; 2b= Depósito en cuenta de ahorro.

Nombre banco y sucursal: codificación obligatoria para modalidad de pago 2a y 2b.

N° cuenta: codificación obligatoria para modalidad de pago 2a y 2b.

Lugar de pago: si solicita pago en efectivo y desea retirarlo en una oficina distinta a esta sucursal, el funcionario debe completar este dato con el código correspondiente a lugar de pago.

Sección 4.1 (actualización de beneficiarios):

El solicitante debe informar si quiere modificar, agregar o eliminar beneficiarios.

SECCION 5 (Datos de mandatario con poder legal)

Esta información sólo debe registrarse cuando el trámite lo realiza un tercero. Corresponde codificar con exactitud el RUT y nombre del mandatario o apoderado.

USO EXCLUSIVO DE LA AFC

Nombre del funcionario: registra el nombre y los dos apellidos del funcionario que completa el formulario.

Firma y timbre recepción: el funcionario debe firmar el documento y colocar el timbre de la AFC.



SEGURO DE CESANTIA

SOLICITUD DE PRESTACION POR SEGURO DE DESEMPLEO

FOLIO

Tipo Solicitante:
1 = Titular
2 = Mandatario

REGION			AFP			SUCURSAL			FECHA DE RECEPCION		
DIA	MES	AÑO									

DOCUMENTACION RECEPCIONADA

 Original Poder Notarial Fotocopia Poder Legalizada Finiquito Carta de Despido Liquidación de Sueldo Otros Detallar _____
SECCION 1: DATOS DEL AFILIADO: (Dejar un espacio en blanco entre los apellidos y nombres)

RUT		APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRES		
FECHA DE NACIMIENTO			SEXO		ESTADO CIVIL		PROFESION U OFICIO	
DIA	MES	AÑO	1.- Masc. <input type="checkbox"/>	Soltero (a) <input type="checkbox"/>	Viudo (a) <input type="checkbox"/>			
			2.- Fem. <input type="checkbox"/>	Casado (a) <input type="checkbox"/>	Divorciado (a) <input type="checkbox"/>			
NIVEL DE EDUCACION		1= Sin Estudios; 2= Educ. Básica; 3= Media Científica-Humanista; 4= Media Téc.-Profesional; 5 = Centro de Formación Técnica o Instituto Profesional 6 = Universidad Pregrado; 7 = Universidad					N° de Años Aprobados	

Domicilio Actual

Calle	N°	Depto. N° /Block/Sector/Población/Villa	Región	Ciudad	Comuna	Casilla	Correo
Código Postal	Teléfono	E-Mail					

SECCION 2: DATOS DEL EMPLEO: (Llenar por la Agencia de acuerdo al finiquito)

1.- CODIGO ACTIVIDAD ECONOMICA
2.- NOMBRE O RAZON SOCIAL EMPLEADOR CODIGO RUT EMPLEADOR

FECHA TERMINACION DE RELACION LABORAL

DIA	MES	AÑO

2.1 DOMICILIO

CALLE	N°	DEPTO.	POBL./VILLA	COMUNA	REGION	TELEFONO

3.- CAUSAL DE TERMINO DE CONTRATO

(1) Art. 159 N° 1 : Mutuo acuerdo.	<input type="checkbox"/>
(2) Art. 159 N° 2 : Renuncia.	<input type="checkbox"/>
(3) Art. 159 N° 4 : Vencimiento del plazo.	<input type="checkbox"/>
(4) Art. 159 n° 5 : Término de trabajo o servicio.	<input type="checkbox"/>
(5) Art. 159 N° 6 : Caso fortuito o fuerza mayor.	<input type="checkbox"/>
(6) Art. 160 : Causal imputable al trabajador.	<input type="checkbox"/>
(7) Art. 161 : Necesidades de la empresas.	<input type="checkbox"/>
(8) Art. 163 bis: Empleador sometido a proc. Concursal de liquidación.	<input type="checkbox"/>
(9) Art. 171, inciso 1.	<input type="checkbox"/>

SECCION 3: OPCION FONDO DE CESANTIA SOLIDARIO

Sólo para trabajadores con causal de despido:
Art. 159, N° 4, Art. 159, N° 5, Art. 159, N°6, Art. 161 y Art. 163 bis. Todas del Código del Trabajo

OPTA AL FONDO SOLIDARIO
SI NO

SECCION 4: OTRAS INFORMACIONES

SELECCION MODALIDAD DE PAGO	2.- Depósitos en:
1.- Efectivo a) Banco Estado <input type="checkbox"/>	a) Cta. Cte. - Vista <input type="checkbox"/>
b) Servipag <input type="checkbox"/>	b) Cta. Ahorro <input type="checkbox"/>
En caso del N° 2 indicar: Nombre Banco y Suc.:	Código Banco
<input type="text"/>	<input type="text"/>
	N° Cta. Cte. Vista o Ahorro <input type="text"/>
FECHA DE PAGO PRESTACION: <input type="text"/>	LUGAR DE PAGO: <input type="text"/>

SECCION 4.1: ACTUALIZACIONES

ACTUALIZADA BENEFICIARIOS SI NO En caso de actualizar beneficiarios adjuntar formulario definido para este efecto.

SECCION 5: MANDATARIO

RUT	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES

OBSERVACION LA AGENCIA DEBERA RECEPCIONAR ORIGINAL DEL PODER LEGAL O FOTOCOPIA LEGALIZADA ANTE NOTARIO

DECLARO BAJO JURAMENTO QUE TODOS LOS DATOS CONTENIDOS EN LA PRESENTE SOLICITUD CORRESPONDEN FIELMENTE A LA VERDAD.

Firma del Trabajador o del Mandatario

CERTIFICO QUE LOS DATOS CONSIGNADOS EN LA PRESENTE SOLICITUD CORRESPONDEN A LOS CONTENIDOS EN LOS DOCUMENTOS DE IDENTIFICACIÓN DEL SOLICITANTE Y FINIQUITO, LOS QUE HE TENIDO A LA VISTA.

Firma - Timbre - Nombre Funcionario AFC

PARA AQUELLOS TRABAJADORES QUE HABIENDO TERMINADO UNA RELACIÓN, LABORAL MANTIENEN OTRA VIGENTE, LA DECLARACIÓN DE CESANTIA SE ENTENDERÁ RESPECTO DE LA RELACIÓN LABORAL POR LA CUAL SE TRAMITE EL BENEFICIO.

INFORMAMOS A USTEDES QUE TIENE BENEFICIO DE SALUD A TRAVÉS DE FONASA MIENTRAS RECIBA BENEFICIOS DEL SEGURO DE CESANTIA, PODRÁ SOLICITAR RECALCULO DE TRAMO EN FONASA.

Copia: Afiliado