

SOLICITUD DE REACTIVACION DE PAGO DE PRESTACION NO COBRADA POR SEGURO DE DESEMPLEO

FOLIO

Tipo Solicitante :

- 1 = Titular
2 = Mandatario

FECHA DE RECEPCION

| REGION | AFP | SUCURSAL | DIA | MES | AÑO |
|--------|-----|----------|-----|-----|-----|
| | | | | | |

SECCION 1: DATOS DEL AFILIADO : (Dejar un espacio en blanco entre los apellidos y nombres)

| RUT | APELLIDO PATERNO | APELLIDO MATERNO | NOMBRES |
|-------------------------|------------------|---|-------------------------------------|
| | | | |
| DOMICILIO ACTUAL | | | |
| Calle | N° | Dpto. N°/ Block/ Sector/ Población/ Villa | Región Ciudad Comuna Casilla Correo |
| | | | |
| Código Postal | Teléfono | E-Mail | |
| | | | |

SECCION 2 : DETALLE DE LA PRESTACION NO COBRADA Y CAMBIO MODALIDAD DE PAGO, SI CORRESPONDE

NO OPTO AL FONDO SOLIDARIO

SI OPTO AL FONDO SOLIDARIO

MES DEL GIRO QUE RECLAMA

IMPORTANTE

El trabajador deberá adjuntar a la presente solicitud, la última liquidación de prestación por seguro de desempleo.

(Llenar en caso que desee cambiar modalidad de pago)

Mecanismo de Pago Seleccionado

- 1.- Efectivo
- 2.- Cheque nominativo domicilio
- 3.- Giros postales o radiales
- 4.- Depósitos en :
 - a) Cta. Cte.
 - b) Cta. Ahorro
 - c) Cta. Vista

En caso del N° 4 indicar:

Nombre Banco y Suc. :

Código Banco

N° Cta. Cte., Vista o Ahorro:

LUGAR DE PAGO :

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

FIRMA DEL SOLICITANTE DE LA PRESTACION

CERTIFICO QUE HE TENIDO ANTE MI VISTA LOS DOCUMENTOS DE IDENTIFICACION DEL SOLICITANTE Y QUE LOS DATOS ALLI CONSIGNADOS CORRESPONDEN A AQUELLOS CONTENIDOS EN ESTA SOLICITUD.

FIRMA - TIMBRE
NOMBRE Y RUT FUNCIONARIO AFC