AFC Chile
ADMINISTRADORA DE FONDOS DE CESANTIA

SOLICITUD DE RETIRO DEL FONDO POR FALLECIMIENTO

FOLIO ☐

Tipo Solicitante :

1 = Beneficiario (sin representante)	☐
2 = Beneficiario con mandato	☐
3 = Mandatario no beneficiario	☐

FECHA DE RECEPCION

REGION	AFP	SUCURSAL	DIA	MES	AÑO

Causal de Término de la Relación Laboral : Art. 159, N° 3

DOCUMENTACION RECEPCIONADA

- ☐ **Certificado de defunción**
- ☐ **Certificado de matrimonio, si corresponde**
- ☐ **Auto de posesión efectiva inscrito en el Conservador de Bienes Raíces**
- ☐ **Certificado de nacimiento de los hijos, si corresponde**
- ☐ **Certificado de nacimiento del trabajador o libreta de familia, en caso de ser beneficiarios los padres**

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

RUT	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES

FECHA NACIMIENTO	SEXO	ESTADO CIVIL	PROFESION U OFICIO	FECHA DE DEFUNCION		
DIA MES AÑO	1.- Masc. ☐	Soltero (a) ☐ Viudo (a) ☐		DIA	MES	AÑO
	2.- Fem. ☐	Casado (a) ☐				

DOMICILIO ACTUAL

Calle	N°	Dpto. N°/ Block/ Sector/ Poblac./ Villa	Región	Ciudad	Comuna	Casilla	Correo

Código Postal	Teléfono	E-Mail

NIVEL DE EDUCACION ☐

1= Sin Estudios 2= Educ. Básica 3= Educ. Media Científica - Humanista 4=Media Técnica - Profesional
5= Centro de Formación Técnica o Instituto Profesional 6= Universidad Pregrado 7= Universidad Postgrado

N° de Años Aprobados ☐

SECCION 2: BENEFICIARIOS

RUT	APELLIDO MATERNO	APELLIDO PATERNO	NOMBRES	CALIDAD
				☐
				☐
				☐

(CALIDAD : 1 BENEFICIARIO DECLARADO; 2 CONYUGE; 3 HIJO DEL TRABAJADOR; 4 PADRE O MADRE; 5 HEREDERO)

SECCION 3 : SOLICITANTE

Recepciona Pago SI ☐ NO ☐

RUT	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES

DOMICILIO SOLICITANTE

Calle	N°	Depto. N°/ Block/ Sector/ Población/ Villa	Región	Ciudad	Comuna	Casilla	Correo

Código Postal	Teléfono	E-Mail

ADJUNTA PODER : SI ☐ **NO** ☐

Observación: La agencia deberá recepcionar original poder legal o fotocopia legalizada ante Notario y/o Escritura Pública

SECCION 4 : MODALIDAD DE PAGO

SELECCION MODALIDAD DE PAGO

1.- Efectivo ☐
2.- Cheque nominativo domicilio. ☐
3.- Giros postales o radiales ☐

4.- Depósitos en :

a) Cta. Cte. ☐
b) Cta. Ahorro ☐
c) Cta. a la Vista ☐

En caso del N° 4 indicar: Nombre Banco y Suc. : ☐ N° Cta. Cte., Vista o Ahorro: ☐

FECHA DE PAGO PRESTACION: ☐ **LUGAR DE PAGO :** ☐

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

FIRMA DEL SOLICITANTE DEL BENEFICIO

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