

FORMULARIO SEGURO CESANTÍA

Sucursal Recepción	Nombre Ejecutiva	Fecha de Recepción

Datos del Pagador	
Nombre	RUT:
Póliza	
Dirección particular	Comuna
Ciudad	Teléfono (fijo y/o celular)
Mes de Cotización	

Información del Siniestro
Finiquito:
Fecha finiquito:
Licencia médica:
Fecha licencia:

IMPORTANTE

La presente sólo será válida una vez que el cliente haya presentado a la Compañía el certificado de cotizaciones emitido por la AFP correspondiente, el que deberá indicar la fecha en la que se suspendió el pago de cotizaciones.

El seguro de cesantía tendrá vigencia a partir del mes subsiguiente a aquel en que se verificó la cesantía del cliente.

Firma Cliente

Firma Unidad de Servicio al Cliente