

UNIDAD DE PRESTACIONES FAMILIARES
FORMULARIO AF-30

FECHA: FOLIO:

SOLICITUD DE PRESTACIONES ADICIONALES (AF -30)

IMPORTANTE : PLAZO MAXIMO DE PRESENTACION 90 DIAS CONTADOS DE LA FECHA DE OCURRENCIA.

I. IDENTIFICACION DE LA EMPRESA

RUT EMPRESA COD. SUC. RAZON SOCIAL EMPRESA

II. IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

RUT TRABAJADOR APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES FECHA CONTRATO
DIRECCION N° VILLA-POBLACION COMUNA

III. IDENTIFICACION DEL CAUSANTE

FECHA DE OCURRENCIA APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES PARENTESCO

IV. IDENTIFICACION DE LA PRESTACION

NACIMIENTO MATRIMONIO DEF. CARGA CONYUGE DEF. CARGA DEF. TRABAJADOR

TIMBRE Y FIRMA EMPRESA FIRMA DEL TRABAJADOR TIMBRE Y FIRMA AUTORIZACION C.C.A.F.

PODER

Yo: Trabajador de la Empresa

Confiero poder a: Rut: a fin de que por intermedio de este la C.C.A.F me cancele la prestación indicada.

Atte. FIRMA DEL TRABAJADOR

NOTA: Para el pago del (de los) Beneficio(s), deberá presentar el RUT del beneficiario y de la persona indicada en el poder.

TIMBRE DE CAJA

TIMBRE Y FIRMA AUTORIZACION C.C.A.F.