**DECLARACION DE BENEFICIARIOS**

**NOMBRE EMPRESA: EST Integra Ltda.- (76.735.710-9)**

## POLIZA: 1121700004535 de Mapfre Seguros

## LEA CON ATENCION ESTAS INSTRUCCIONES, COMPLETAR DE PUÑO Y LETRA DEL TRABAJADOR:

1. Dada la importancia de esta Declaración, el formulario incompleto o ilegible será devuelto a su emisor.
2. Para una mayor agilidad en el pago de los beneficios, sugerimos designar a personas mayores de edad con capacidad para administrar bienes.
3. La suma de los porcentajes de distribución asignados debe ser igual a 100%.

|  |
| --- |
| NOMBRE DEL TRABAJADOR ASEGURADO  YO: Prueba Prueba Prueba RUT: 01-9 |

**DECLARACION DE BENEFICIARIOS**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| NOMBRE COMPLETO | R.U.T. | PARENTESCO | **PORCENTAJE** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **OBSERVACIONES:**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

### Firma del Asegurado

#### Fecha\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

00 de de 0000

**Señores**

**Empresa Integra EST**

**Presente**

A través de la presente solicito se me cancele la remuneración mensual en:

…………… Cuenta……………………………………… N.º …………………………………………… del Banco………………………………………,

…………… Por no tener cuenta habilitada, solicito se me pague el sueldo a través de vale vista bancario.

Además, agradeceré que mi liquidación de sueldo junto a, si corresponde, documentos anexos que indiquen cómo se determinó y de las deducciones efectuadas me la hagan llegar vía correo electrónico a la siguiente dirección: ………………………………………………………………………………………………………………

Cabe señalar que, si en un plazo de 15 días no interpongo ninguna consulta y/o reclamo a través del mismo medio o personalmente, daré por aceptado tanto el pago, la forma de cálculo y los descuentos efectuados en el respectivo mes.

Este mandato tiene carácter de indefinido para futuros contratos hasta que no entregue expresamente una solicitud que modifique a esta.

Agradeciendo desde ya vuestra gestión, les saluda atentamente,

**Prueba Prueba Prueba**

01-9

00 de de 0000

Sr(a,ita):

Prueba Prueba Prueba

Presente

REF. Aviso de término de contrato de trabajo.

Estimado señor(a):

Por medio de la presente, le comunicamos que se ha resuelto poner término al contrato de trabajo que lo vincula con Empresa Integra EST Ltda. con fecha 00 de de 0000 por la causal dispuesta por el artículo 159 N° 4 del Código del Trabajo, esto es: Vencimiento plazo convenido en el contrato.

El hecho en que se funda la causal invocada consiste en el vencimiento del plazo convenido en el contrato fechado el 00 de de 0000.

Asimismo, con la presente carta de aviso, damos por cumplido lo señalado por el artículo 162 inciso 1º del Código del Trabajo, informándole que su IAS es $0.- (Ceros Pesos) e Indemnización Aviso Previo asciende a $0.-(Cero pesos).

El finiquito con demás montos a pagar, estará disponible en nuestras oficinas para su revisión y posterior pago el día 00 de de 0000.

Por otra parte, informamos que sus cotizaciones previsionales se pagarán en el periodo que corresponde.

Saluda atentamente a usted,

............................................

INTEGRA EST LTDA

Rut 76.735.710-9

Prueba Prueba Prueba

01-9

cc.:

La indicada

Archivo

Direccion del Trabajo