${fecha\_ingreso\_trabajador\_palabras}

**Señores**

**Empresa Integra EST**

**Presente**

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

…………… Cuenta……………………………………… Nº,…………………………………………… 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,

**${nombre\_trabajador}**

**${rut\_trabajador}**

**INCOPORACION SEGURO DE VIDA Y ACCIDENTES Y DECLARACION DE BENEFICIARIOS**

**CONTRATANTE**  : **Empresa de Servicios Transitorios Integra Ltda.**

**RUT : 76.735.710-9**

**POLIZA NRO.**  : **21049**

**COMPAÑÍA DE SEGUROS : BICE VIDA**

Datos del Asegurado dependiente:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| NOMBRE TRABAJADOR ASEGURADO | RUT | FECHA NACIMIENTO |
| ${nombre\_trabajador} | ${rut\_trabajador} |  |

Dejo constancia que por medio de la siguiente declaración tomo conocimiento de mi incorporación a póliza colectiva de Vida y designo como beneficiarios del mismo a las siguientes personas:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| RUT | NOMBRE | PARENTESCO | % BENEFICIO |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

***Dada la importancia de esta Declaración el formulario debe ser completado y legible de puño y letra del trabajador y devuelto a la empresa para ser gestionado en la compañía de seguros individualizada más arriba.***

AL DESIGNAR MAS DE UN BENEFICIARIO SE DEBE INDICAR EL % DEL BENEFICIO QUE LE OTORGA A CADA UNO DONDE LA SUMA DE ELLOS NO PUEDE SER SUPERIOR AL 100%, SI OMITE ESTA INFORMACION EL BENEFICIO SE DIVIDIRA EN PARTES IGUALES A LOS DESIGNADOS

*LA COBERTURA DE ESTE SEGURO ES VALIDA MIENTRAS EXISTA CONTRATO VIGENTE CON LA EMPRESA.*

FECHA: ……. /…….. /……..

Firma del Trabajador

Imagen que contiene Texto

Descripción generada automáticamente

Firma y Timbre Contratante