

**SOLICITUD DE RETIRO
FONDO DE CAPITALIZACIÓN LABORAL
(EXTINCIÓN LABORAL)**

Lugar y fecha: _____

Tel. Sucursal: _____

Yo, _____ identificación
_____ por este medio solicito que a partir de _____ sea tramitada mi
exclusión, según lo estipulado por la Ley de Protección al Trabajador y libero a BN VITAL de cualquier
responsabilidad que por la misma se suscitara. **Folio**

Nº _____ Teléfono del cliente: _____

NOMBRE DEL PATRONO: _____

Fecha de retiro (15 días hábiles por extinción laboral) _____.

Adjunto requisitos (documentos originales)

Forma de envío:

- ☐ Transferencia Nº de agencia _____ A nombre de: _____
- ☐ Cta. Corriente Nº _____ A nombre de: _____
- ☐ Cta. De ahorro Nº _____ A nombre de: _____
- ☐ Cheque a nombre de: _____
- ☐ Trasladar al Fondo Disponibles de Retiro.

Firma y Nº cédula

Nombre Agencia o Sucursal: _____ Sello del Emp.: _____

Para uso de la oficina

Fondo de Capitalización Laboral

Recibido por:

Fecha _____

Sub-total _____

Total a Pagar _____

Aprobado por:

Hecho por _____