



**SOLICITUD DE INGRESO AL SERVICIO DE BIENESTAR**

FECHA: \_\_\_\_\_

RUT N° \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES

ESTABLECIMIENTO \_\_\_\_\_ SERVICIO \_\_\_\_\_

CALIDAD CONTRACTUAL \_\_\_\_\_ F. NACIMIENTO \_\_\_\_\_

DOMICILIO PARTICULAR.: \_\_\_\_\_

CORREO ELECTRONICO: \_\_\_\_\_

CELULAR: \_\_\_\_\_ ANEXO \_\_\_\_\_

PREVISION: \_\_\_\_\_ FONASA \_\_\_\_\_ ISAPRE TIENE HIJOS SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

SOLICITO DEPOSITAR MIS BENEFICIOS EN LA SIGUIENTE CUENTA BANCARIA DE LA CUAL SOY TITULAR:

CHEQUERA ELECTRÓNICA  
CUENTA CORRIENTE  
CUENTA VISTA

  
  

BANCO \* \_\_\_\_\_

N° DE CUENTA \_\_\_\_\_

SOLICITO INGRESAR AL SERVICIO DE BIENESTAR A PARTIR DEL MES DE \_\_\_\_\_

*DECLARO CONOCER EL REGLAMENTO DE BIENESTAR, QUE LOS BENEFICIOS SON PARA MI EN CALIDAD DE AFILIADO/A Y DE MIS CARGAS FAMILIARES RECONOCIDAS, ACEPTAR EL DESCUENTO DEL 1,2% DE MI REMUNERACIÓN MENSUAL IMPONIBLE PARA PENSIONES, PAGO DE PRESTAMOS E INTERESES U OTROS COMPROMISOS DERIVADOS DE LAS DISPOSICIONES REGLAMENTARIAS, (CONVENIOS CON CASA COMERCIALES) Y CUOTA DE INCORPORACIÓN FIJADA POR EL CONSEJO ADMINISTRATIVO.*

\_\_\_\_\_  
FIRMA INTERESADO/A

FECHA DE RECEPCIÓN EN SERVICIO DE BIENESTAR			
---	--	--	--

APROBACIÓN CONSEJO ADMINISTRATIVO	SI		NO	
FECHA APROBACIÓN				

OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_