



SERVICIO DE BIENESTAR APS

LEY Nº 19.378 APS IQUQUE

SOLICITUD DE AFILIACIÓN / ACTUALIZACIÓN DE DATOS

DATOS PERSONALES FUNCIONARIO		
NOMBRE COMPLETO FUNCIONARIO	CEDULA IDENTIDAD	FECHA NACIMIENTO
DOMICILIO PARTICULAR	COMUNA	TELEFONO PARTICULAR
CORREO ELECTRONICO	PROFESIÓN	RELACIÓN LABORAL F. ACTIVO <input type="checkbox"/> F. JUBILADO <input type="checkbox"/>
LUGAR DE TRABAJO	TIPO CONTRATO	PREVISIÓN DE SALUD(CUÁL)

CARGAS			
NOMBRE	RUT	EDAD	DOCUMENTO RESPALDO

INFORMACIÓN PARA DEPOSITO		
EN CASO DE ALGÚN BENEFICIO OTORGADO Y QUE USTED SE ENCUENTRE FUERA DE LA CIUDAD O CON LICENCIA MEDICA		
BANCO	TIPO DE CUENTA	NUMERO DE CUENTA

Mediante la presente solicitud, declaro que acepto y conozco todas las disposiciones contenidas en el

BENEFICIARIO CUOTA MORTUORIA (Art. 22 Reglamento Servicio de Bienestar APS-CORMUDESÍ) EN CASO DE FALLECIMIENTO, DELEGO COMO BENEFICIARIO/A DE LA CUOTA MORTUORIA QUE ENTREGA EL SERVICIO DE BIENESTAR APS, A LA SIGUIENTE PERSONA		
NOMBRE COMPLETO BENEFICIARIO	CEDULA INDENTIDAD	PARENTESCO
DIRECCIÓN	Nº DE CONTACTO	DOCUMENTACIÓN
		CARTA DE SOLICITUD, CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN (AFILIADO) Y CÉDULA DE IDENTIDAD (BENEFICIARIO/A)

Reglamento del Servicio de Bienestar APS-CORMUDESÍ y autorizo que se descuenten los aportes que correspondan de mis remuneraciones, así como el descuento de toda otra obligación pecuniaria contraída con el Servicio de Bienestar, aún en el caso que deje de pertenecer al mismo.

FIRMA DEL AFILIADO/A

IQUIQUE, _____ DE _____ 20____