



SERVICIO DE BIENESTAR APS

LEY N° 19.378 APS IQUQUE

SOLICITUD AFILIACIÓN/REINCORPORACIÓN JUBILADOS

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"/>

PREVISIÓN DE SALUD: _____

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

BENEFICIARIO CUOTA MORTUORIA (Art. 22 Reglamento Servicio de Bienestar APS-CORMUDESÍ) EN CASO DE FALLECIMIENTO DELEGO COMO BENEFICIARIO DE CUALQUIER BENEFICIO A MI FAVOR QUE ENTREGUE EL SERVICIO DE BIENESTAR APS A LA SIGUIENTE PERSONA		
NOMBRE COMPLETO BENEFICIARIO	CEDULA INDENTIDAD	PARENTESCO

Mediante la presente solicitud, declaro que acepto y conozco todas las disposiciones contenidas en el Reglamento del Servicio de Bienestar APS-CORMUDESÍ, especialmente el Art. 8º... *Los socios al jubilarse deben notificar al Servicio de Bienestar de su condición de jubilado y manifestar su deseo de continuar como socio pasivo. Los jubilados que deseen continuar, como socio al bienestar, deberán cancelar la cuota al mes siguiente de haber dejado la institución, manteniendo los beneficios y antigüedad ya adquirida. Los jubilados que perdieren su continuidad por no pago de cuota mensual social, deberán efectuar por escrito la reincorporación al Bienestar, manteniendo la antigüedad y los beneficios correspondientes. Los jubilados que no pertenecieron al Servicio de Bienestar y deseen afiliarse deberán efectuar por escrito su presentación, pagando de su cargo la incorporación, según Título III, Artículo 14 letra d y las cotizaciones correspondientes a la cuota social”*

FIRMA DEL AFILIADO/A

IQUIQUE, _____ DE _____ 20_____