



**SOLICITUD INGRESO SERVICIO BIENESTAR**

**SOCIOS(AS) JUBILADOS(AS)**

**CONTINUIDAD DE AFILIACIÓN  
INCORPORACIÓN A BIENESTAR**

☐

APELLIDOS Y NOMBRES \_\_\_\_\_  
FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_ RUT \_\_\_\_\_ ESTADO CIVIL \_\_\_\_\_  
ENTIDAD PREVISIONAL \_\_\_\_\_ RENTA IMPONIBLE \$ \_\_\_\_\_  
ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN: DIRECCIÓN ☐ HIGUERAS ☐ PENCO-LIRQUEN ☐ TOME ☐ CESFAM LIRQUEN ☐  
DOMICILIO \_\_\_\_\_ COMUNA \_\_\_\_\_  
FONO \_\_\_\_\_ CELULAR \_\_\_\_\_ EMAIL \_\_\_\_\_

Solicito ingresar al Servicio de Bienestar a partir del mes de..... del año.....

Declaro conocer el REGLAMENTO DE BIENESTAR, aceptando desde ya se me efectúen los siguientes descuentos de mi pensión de jubilación: a) hasta el 1% correspondiente a mi aporte como imponente; b) hasta el 0.5 % del aporte institucional; C) las sumas de que deba restituir por prestaciones, devolución de préstamos con intereses, reajustes, fianzas u otros compromisos que con el Servicio adquiriera, todo de conformidad con las disposiciones legales y reglamentarias vigentes.

Dejo constancia que tengo reconocidas las siguientes cargas familiares:

	APELLIDOS Y NOMBRES	PARENTESCO	FECHA DE NACIMIENTO	RUN
1	_____	_____	_____	_____
2	_____	_____	_____	_____
3	_____	_____	_____	_____

**Certifico que todos los datos declarados en este formulario son exactos y verdaderos**

.....  
FIRMA INTERESADO(A)

JEFE DE BIENESTAR SST

PDTA. (D) CONSEJO ADM. BIENESTAR SST

**FECHA DE SOLICITUD**.....

**DOCUMENTOS A PRESENTAR:**

**1.-** Fotocopia Liquidación Pago Pensión. **2.-** Acreditación de cargas familiares.

**USO EXCLUSIVO CONSEJO ADMINISTRATIVO DE BIENESTAR**

SOLICITUD AUTORIZADA ☐  
SOLICITUD RECHAZADA ☐ **MOTIVO**.....  
EN REVISION ☐