

**AUTORIZACIÓN DEPÓSITO EN CUENTA BANCARIA**  
Departamento de Bienestar del Personal – Sección Beneficios

Fecha solicitud: \_\_\_\_\_

Autorizo al Departamento de Bienestar del Personal de la Universidad de Santiago de Chile, para que deposite en la cuenta bancaria, que individualizo a continuación, todas las ayudas médicas y sociales, préstamos de dinero y otros beneficios, que me corresponda percibir en mi calidad de Afiliado/a de este Servicio.

**RUT** : \_\_\_\_\_**Nº DE CUENTA** : \_\_\_\_\_**BANCO** : \_\_\_\_\_**TIPO DE CUENTA** :  CUENTA VISTA / RUT CUENTA CORRIENTE CUENTA

Expresamente declaro que, una vez efectuado el depósito en mi cuenta bancaria, doy por recibido conforme mis ayudas médicas y sociales, préstamos de dinero y otros beneficios, si en el plazo de 5 días desde la fecha de depósito no he presentado mi disconformidad por escrito al Departamento de Bienestar del Personal.

Asumo la responsabilidad de dar aviso, directa y anticipadamente, al Departamento de Bienestar del Personal sobre cualquier cambio de antecedentes que puedan efectuar el normal desarrollo de los depósitos, como lo son el cambio de cuenta y cierre de cuenta, entre otros.

**NOMBRE** : \_\_\_\_\_**UNIDAD** : \_\_\_\_\_**FONO IP** : \_\_\_\_\_**CORREO** : \_\_\_\_\_

---

FIRMA