

SOLICITUD DE CONTINUIDAD DE AFILIACION
Departamento de Bienestar del Personal – Sección Beneficios

Fecha solicitud: _____

Nombre _____

RUT _____ Teléfono _____ Correo _____

Domicilio _____

Comuna _____ Fecha de nacimiento _____

Inst. Previsional _____ Inst. Salud _____

Continuaré afiliada/o a:	PRESTACIÓN	SI	NO
	Seguro catastrófico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Seguro hospitalario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Seguro de vida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Unidad Coronaria Móvil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Otros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Especificar otros _____		

Solicito al Consejo General del Departamento de Bienestar del Personal de la Universidad de Santiago de Chile, acepte mi incorporación en calidad de afiliado Jubilado, y me comprometo pagar mi Aporte Institucional y el 1% de mi pensión mensual, además de las cuotas correspondientes a préstamos y créditos que este Departamento me otorgue.

FIRMA AFILIADO/A**RESOLUCIÓN DEL CONSEJO**

El Consejo General de Administración, en sesión del _____ de _____ de _____

☐**AUTORIZA**☐**RECHAZA**

La continuidad de Afiliación a contar de _____

FECHA_____
FIRMA JEFE/A DEPARTAMENTO DE
BIENESTAR DEL PERSONAL