

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

Seguro hospitalario

Seguro de vida

Unidad Coronaria Móvil

Otros

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

