



SOLICITUD DE CONTINUIDAD DE AFILIACION

Unidad de Bienestar del Personal – Sección Beneficios

Fecha solicitud: _____

Nombre _____

Rut _____ Teléfono _____ E-Mail _____

Domicilio _____

Comuna _____ Fecha de nacimiento _____

Inst. Previsional _____ Inst. Salud _____

Continuaré afiliado 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 de la Unidad de Bienestar del Personal de la Universidad de Santiago de Chile, acepte mi incorporación en calidad de afiliado Jubilado, y me comprometo a cancelar por caja el Aporte Institucional y el 1% de mi pensión mensual, además de las cuotas correspondientes a préstamos y créditos que esta unidad me otorgue.

FIRMA AFILIADO

RESOLUCION DEL CONSEJO

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

AUTORIZA RECHAZA la continuidad de Afiliación a contar del _____

FECHA

**FIRMA JEFE UNIDAD
DE BIENESTAR DEL PERSONAL**

UNIVERSIDAD DE SANTIAGO DE CHILE
DIRECCION DE ADMINISTRACION Y FINANZAS
DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS