CENTRO DE SALUD:

# FORMULARIO INGRESO

## Convenio Marco 2020 Seguro de vida, complementario de salud y catastrófico (SERVICIO DE BIENESTAR)

USAR LETRA TIPO IMPRENTA

|  |  |
| --- | --- |
| **RUT TITULAR / ASOCIADO A BIENESTAR** |  |
| **NOMBRES** |  |
| **APELLIDO PATERNO** |  |
| **APELLIDO MATERNO** |  |
| **FECHA DE NACIMIENTO (DIA - MES -AÑO)** |  |
| **SEXO** | M F |
| **FORMA DE PAGO (señale con una X)** | DEPÓSITO CUENTA CORRIENTE VISTA AHORRO CHEQUE |
| **NOMBRE Y CODIGO DE BANCO \* (Ver pié de página)** |  |
| **Nº CUENTA CORRIENTE** |  |
| **CORREO ELECTRONICO (Guión bajo bien destacado)** | @ |
| **TELEFONO FIJO:** | NUMERO CELULAR: |
| **PREVISION DE SALUD** |  |

00000.MTS

00001.MTS

00002.MTS

# CARGAS LEGALES (Reconocidas por Caja Compensación Los Andes)

## 1

|  |  |
| --- | --- |
| **RUT CARGA** |  |
| **NOMBRES** |  |
| **APELLIDO PATERNO** |  |
| **APELLIDO MATERNO** |  |
| **FECHA DE NACIMIENTO (DIA - MES -AÑO)** |  |
| **SEXO** | M F |

**2**

|  |  |
| --- | --- |
| **RUT CARGA** |  |
| **NOMBRES** |  |
| **APELLIDO PATERNO** |  |
| **APELLIDO MATERNO** |  |
| **FECHA DE NACIMIENTO (DIA - MES -AÑO)** |  |
| **SEXO** | M F |

* Acepto el descuento por planilla del Seguro convenio Marco. 100 % de la Prima (UF mensuales).

|  |
| --- |
| **\*\*\* CODIGO BANCOS** |
| BANCO DE CHILE (Código: 001) |
| BANCO INTERNACIONAL (Código: 009 ) |
| SCOTIABANK CHILE (Código: 014) |
| BANCO DE CREDITO E INVERSIONES (Código: 016 ) |
| CORPBANCA (Código: 027 ) |
| BANCO BICE (Código: 028) |
| BANCO SANTANDER-CHILE (Código: 037) |
| BANCO ITAÚ CHILE (Código: 039) |
| BANCO SECURITY (Código: 049) |
| BANCO FALABELLA (Código: 051) |
| BANCO RIPLEY (Código: 053) |
| BANCO CONSORCIO (ex BANCO MONEX) (Código: 055) |
| BANCO PENTA (Código: 056) |
| BANCO PARIS (Código: 057) |
| BANCO DEL ESTADO DE CHILE (Código: 012) |

* Declaro al Servicio de Bienestar que todos los datos entregados son de mi entera responsabilidad y que las cargas mencionadas son legales y aceptadas por la Caja de Compensación Los Andes.
* Para los reembolsos me haré responsable de entregar los documentos originales, de llenar correctamente el formulario, de dejarme copia de los documentos que entrego y de estar atento/ta a esta devolución.

## Firma:

**Fecha:**