

Lo Prado,.....

FICHA AFILIADOS A BIENESTAR

NOMBRE DEL AFILIADO: _____

RUT: _____ FECHA DE AFILIACIÓN A BIENESTAR: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ ESTADO CIVIL: _____

DIRECCIÓN PARTICULAR: _____ COMUNA: _____

TELEFONO: _____ CORREO ELECTRÓNICO: _____

CARGO: _____ CENTRO DE SALUD: _____

PLANTA/CONTRATA: _____ SISTEMA DE SALUD: _____

NOMBRE DEL BENEFICIARIO POR FALLECIMIENTO DEL AFILIADO:

NOMBRE DEL CÓNYUGE DEL AFILIADO: _____

NOMBRE DEL CONVIVIENTE DECLARADO: _____

MADRE DEL AFILIADO (SOLO SI ESTA CON VIDA): _____

PADRE DEL AFILIADO (SOLO SI ESTA CON VIDA): _____

CARGAS FAMILIARES AUTORIZADAS POR CAJA COMPENSACIÓN

NOMBRE COMPLETO	RUT	FECHA DE NACIMIENTO	PARENTESCO

HIJOS QUE NO SON SU CARGA FAMILIAR (HASTA LOS 14 AÑOS)

NOMBRE COMPLETO	RUT	FECHA DE NACIMIENTO	PARENTESCO

FIRMA AFILIADO