

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**

<b>NOMBRE COMPLETO</b>	<b>RUT</b>	<b>FECHA DE NACIMIENTO</b>	<b>PARENTESCO</b>

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

<b>NOMBRE COMPLETO</b>	<b>RUT</b>	<b>FECHA DE NACIMIENTO</b>	<b>PARENTESCO</b>

\_\_\_\_\_

**FIRMA AFILIADO**