

### **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 pie de página)		
Nº CUENTA CORRIENTE		
CORREO ELECTRONICO (Guion 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_____

<b>*** CODIGO BANCOS</b>	
BANCO DE CHILE (Código: 001)	
BANCO INTERNACIONAL (Código: 009 )	* _Acepto el descuento por planilla del Seguro convenio
SCOTIABANK CHILE (Código: 014)	Marco.10% de la Prima (UF mensuales).
BANCO DE CREDITO E INVERSIONES (Código: 016 )	
CORPBANCA (Código: 027 )	* Declaro al Servicio de Bienestar que todos los datos entregados
BANCO BICE (Código: 028)	son de mi entera responsabilidad y que las cargas mencionadas son
BANCO SANTANDER-CHILE (Código: 037)	legales y aceptadas por la Caja de Compensación Los Andes.
BANCO ITAÚ CHILE (Código: 039)	
BANCO SECURITY (Código: 049)	* Para los reembolsos me haré responsable de entregar los documentos
BANCO FALABELLA (Código: 051)	originales, de llenar correctamente el formulario, de dejarme copia de los
BANCO RIPLEY (Código: 053)	documentos que entrego y de estar atento/ta a esta devolución.
BANCO CONSORCIO (ex BANCO MONEX) (Código: 055)	
BANCO PENTA (Código: 056)	
BANCO PARIS (Código: 057)	
BANCO DEL ESTADO DE CHILE (Código: 012)	

- \* \_Acepto el descuento por planilla del Seguro convenio
- Marco.10% de la Prima (UF mensuales).
- \* 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.

Nombre y firma de afiliado

Nombre y firma de Delegado Bienestar