



SERVICIO
BIENESTAR
FUNCIONARIOS DE SALUD

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 _____

*** 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)

* _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