

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN AL BENEFICIO "AUMENTO DE COBERTURAS Y TRASLADO MÉDICO" TITULAR PASIVO

Fecha de afiliación: ____/____/____/

Fecha inicio beneficios: ____/____/____/

ANTECEDENTES DEL TITULAR

N° CAPREDENA: ____ - ____ - ____ - ____	R.U.N.: ____ - ____
Fecha Nacimiento: ____ - ____ - ____	Estado Civil.: _____
_____ Primer Nombre	_____ Segundo Nombre
_____ Apellido Paterno	_____ Apellido Materno
_____ Calle / Número / Departamento	_____ Villa / Población
Comuna _____ Ciudad _____	Teléfono _____ Celular _____
Correo electrónico _____	

ANTECEDENTES BANCARIOS

_____ N° Cuenta Bancaria	____ Corriente ____ Ahorro ____ A la vista ____ RUT	
_____ Entidad bancaria	_____ Sucursal	_____ Ciudad

Solicito la incorporación al Aumento de Coberturas y Traslado Médico y autorizo que me descuenten por planilla un monto mensual de UF 0,1867, **"Tomé conocimiento de los topes y cobertura"**.

- Se debe adjuntar última liquidación de pensión CAPREDENA.
- Copia cédula de identidad por ambos lados.
- Documento debe ser remitido al Jefe Ejecutivo de Administración de los Fondos de Salud del Ejército, Avenida Libertador Bernardo O'Higgins N°1449, Torre 3 Piso 8, Santiago.

Firma del Titular