

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN

AL FONDO COMPLEMENTARIO Y NUEVAS COBERTURAS

Fecha de afiliación: _____/_____/_____/

Fecha de inicio de beneficios: _____/_____/_____/

Fecha defunción titular (caso montepío): _____/_____/_____/

ANTECEDENTES DEL TITULAR

R.U.N.: _____	N° CAPREDENA: _____	Estado Civil: _____	Fecha Nacimiento: _____	
Nombre Completo (Apellidos y Nombres)				
Calle/Número/Departamento	Villa/Población	Ciudad	Comuna	Región
Teléfono Fijo _____	Celular _____	Email _____		

ANTECEDENTES BANCARIOS

1. Vale Vista <input type="checkbox"/>				Cuenta Corriente	<input type="checkbox"/>
2. Transferencia bancaria:				Cuenta de Ahorro	<input type="checkbox"/>
_____	_____	Tipo de Cuenta		Cta. Vta. y/o chequera elect.	<input type="checkbox"/>
N° Cuenta	Banco			Cuenta RUT	<input type="checkbox"/>

ANTECEDENTES DE CARGAS FAMILIARES

N°	Nombre completo	R.U.N.	Fecha de nacimiento
1.	_____	_____	_____
2.	_____	_____	_____
3.	_____	_____	_____

N° de cargas inscritas: _____ (para una mayor cantidad de cargas, adjuntar hoja que las indique).

- Solicito la incorporación voluntaria al Fondo Complementario de Salud del Personal Pensionado del Ejército, autorizando que me descuenten de la liquidación de pensión un monto mensual de UF 0,734 o UF 0,887 dependiendo si el total de la pensión es menor o mayor de 1,46 veces el sueldo mínimo respectivamente.
- Del mismo modo, acepto la incorporación a las "Nuevas Coberturas" con un descuento mensual de UF 0.1867.
- Asimismo, autorizo se me descuenta por única vez UF 2, por concepto de cuota de incorporación.
- Los descuentos señalados anteriormente, estarán sujetos a modificaciones de acuerdo al nivel de gasto del fondo.
- Declaro haber tomado conocimiento de las coberturas, beneficios, exclusiones y procedimientos de ambos fondos, así como que el periodo de permanencia mínimo es de 6 meses (si no se ha hecho uso) y de 18 meses si se ha tenido alguna bonificación.
- En caso de ser causante de montepío, acepto que las deudas dejadas por mi cónyuge sean incorporadas a mi cuenta, para ser cobradas a través de mi pensión.
- El personal que en su trámite de retiro, así como los nuevos montepiados(as), toman conocimiento que por el presente instrumento y su inscripción al fondo, no tendrán carencias y se les descontará retroactivamente. El personal que se reincorpora tendrá un periodo de carencia de tres meses.

Notas:

1. Adjuntar (si corresponde) última liquidación de pensión de la CAPREDENA.
2. Adjuntar fotocopia de la cédula de Identidad por ambos lados del titular (apoderado) y de las cargas familiares. En caso de mandato, adjuntar Poder Notarial.
3. El presente documento debe ser remitido en triplicado al Jefe Ejecutivo de Administración de los Fondos de Salud del Ejército, Av. Libertador Bernardo O'Higgins N°1449, Torre 3, Piso 8, Santiago (con firmas en original).

Firma del titular o apoderado