

# Bienestar del Personal

## Solicitud de Afiliación

Yo .....

Rut .....

Escolaridad o Título .....

Facultad .....

Escuela/Instituto/Dpto. ....

Fecha de Ingreso .....

Domicilio Particular .....

Ciudad .....

Fono Particular .....

Fecha de Nacimiento .....

FONASA / Isapre .....

Nº contacto personal .....

Correo electrónico .....

Vengo a solicitar se acepte mi afiliación al Servicio de Bienestar del Personal, haciendo extensivos los beneficios a las cargas familiares reconocidas **y declaro conocer el Reglamento que lo rige, el que se encuentra publicado en la página web: [www.uv.cl/bienestarpersonal](http://www.uv.cl/bienestarpersonal)**

La remuneración imponible de Jornada Parcial, se convierte en Jornada Completa para todos estos efectos.

Autorizo al servicio, para que ordene descontar de mi remuneración imponible el 1,8% como cuota de incorporación (por única vez), y el 1.8% cuota correspondiente al mes respectivo.

**Me comprometo además a dar aviso oportuno al Servicio de Bienestar del Personal, ante permiso sin sueldo o renuncia a la Universidad.**

.....  
**FIRMA**

**Cargas Familiares Reconocidas:**

| NOMBRE | RUT | PARENTESCO | FECHA DE NAC |
|--------|-----|------------|--------------|
|        |     |            |              |
|        |     |            |              |
|        |     |            |              |
|        |     |            |              |

Declaro que los datos proporcionados son reales, aceptando las sanciones administrativas y/o legales, que puedan ocasionar el falseamiento de estos.

**Valparaíso,.....**

# Bienestar del Personal

## Solicitud de Afiliación



### DESIGNACION DE BENEFICIARIOS SEGURO DE VIDA GRUPAL

#### IDENTIFICACION ASEGURADO

RUT

Nombre

#### IDENTIFICACION POLIZA

Empleador

Póliza

| Nombre Beneficiario | F. de Nacimiento | Parentesco | % |
|---------------------|------------------|------------|---|
|                     |                  |            |   |
|                     |                  |            |   |
|                     |                  |            |   |
|                     |                  |            |   |
|                     |                  |            |   |
|                     |                  |            |   |
|                     |                  |            |   |
|                     |                  |            |   |

Nota: Favor completar todos los ítems solicitados

Fecha        /        /

\_\_\_\_\_  
Firma del Asegurado

Esta designación de beneficiarios es confidencial, pudiendo ser cambiada en el futuro mediante carta certificada.

Existe completa libertad en cuanto al número de personas designadas, pudiendo éstas ser o no, familiares del asegurado

En caso de designar más de un beneficiario, indicar el capital asignado a cada uno; en caso de omitir este detalle, se prorrateará el capital asegurado en partes iguales entre los designados.

Fecha de Recepción Cía.:        /        /