UMCE el poder transformador de la educación

Gestión y Desarrollo de Personas

SOLICITUD DE CONTINUIDAD DE AFILIACIÓN

DOCUMENTO VÁLIDO PARA TODO EL PERÍODO DE AFILIACIÓN

(Comprende todos los servicios y convenios del Servicio de Bienestar)

1. DATOS DEL AFILIADO JUBILADO

NOMBRE COMPLETO:		
FECHA NACIMIENTO (DD/MM/AAAA):	**RUT:**	**N° TELÉFONO:**
CORREO ELECTRÓNICO:	**DOMICILIO ACTUAL (CALLE, N°, DEPTO, COMUNA):**	
INSTITUCIÓN PREVISIONAL:	**INSTITUCIÓN DE SALUD (ISAPRE / FONASA):**	

2. CONTACTO DE EMERGENCIA

NOMBRE COMPLETO DEL CONTACTO:	
TELÉFONO DE CONTACTO:	**CORREO ELECTRÓNICO DE CONTACTO:**

3. CONVENIO ADICIONAL FALP

¿CONTINUARÉ AFILIADO A LA FALP (FUNDACIÓN ARTURO LÓPEZ PÉREZ)?	**[ ] SÍ [ ] NO**

4. SOLICITUD Y DECLARACIÓN DE COMPROMISO

Solicito al Servicio de Bienestar de Personal UMCE, acepte mi incorporación en calidad de afiliado Jubilado, y me comprometo a cancelar por caja, depósito bancario o transferencia electrónica el Aporte Institucional, el 2% de mi pensión mensual, el aporte adicional del seguro médico dental y los demás convenios que poseo a través de este SERVICIO. Además de las cuotas correspondientes a préstamos créditos que esta unidad me otorgue.

_____

FIRMA AFILIADO SOLICITANTE

5. RESGUARDO DE COMPROMISOS (CODEUDORES SOLIDARIOS)

CODEUDOR SOLIDARIO (1)	
NOMBRE:	
RUT:	
DEPENDENCIA:	
ANEXO:	
FECHA:	
FIRMA:	

CODEUDOR SOLIDARIO (2)	
NOMBRE:	
RUT:	
DEPENDENCIA:	
ANEXO:	
FECHA:	
FIRMA:	

Estos avales son efectivos para resguardar los compromisos adquiridos por el afiliado pasivo en caso de que este no cancele sus deudas o los correspondientes aportes.

6. USO EXCLUSIVO SERVICIO DE BIENESTAR (RESOLUCIÓN)

RESOLUCIÓN DEL SERVICIO DE BIENESTAR:

Se autoriza la continuidad de Afiliación en calidad de pasivo/jubilado a contar del: _____

_____

FIRMA Y TIMBRE JEFATURA