



Datos de Ex funcionario(a) solicitante

Fecha		Nº CMC	RUN
Apellido paterno	Apellido materno	Nombres	
Domicilio particular		/	Fono contacto
		@	
Sistema de Pensión	Nº de pensión	Correo electrónico personal	

Solicito al Departamento de Bienestar Social y Calidad de Vida ser incorporado(a) como afiliado(a) al Servicio de Bienestar Social de Gendarmería de Chile, para lo cual declaro estar en conocimiento y acatar las **disposiciones vigentes**.

Firma solicitante

Datos de depósito o transferencia	Banco:	Nº de cuenta:
Cuenta corriente <input type="checkbox"/>	Chequera electrónica <input type="checkbox"/>	Cuenta vista <input type="checkbox"/>

Declaro que las cargas familiares autorizadas por resolución, son las siguientes:

Nombre completo	Edad	Parentesco	Nº resolución de reconocimiento

REQUISITOS : Adjuntar los siguientes documentos: Fotocopia cédula de identidad del solicitante; fotocopia última liquidación de pago de pensión de solicitante, certificado de reconocimiento de cargas emitido por Dipreca.

DISPOSICIONES VIGENTES:

A) El afiliado manifiesta su voluntad de acatar las disposiciones del "Reglamento para los Servicios de Bienestar Social" de la Administración Pública aprobado por D.S. Nº28 de 1994 y D.S. Nº121 de 1996 correspondiente al reglamento de Bienestar de Gendarmería de Chile, ambos del Ministerio de Trabajo y Previsión Social, los cuales declara conocer en todas sus partes.

B) El afiliado autoriza al Departamento de Bienestar Social y Calidad de Vida aplicar los descuentos mensuales provenientes del aporte como afiliado que equivale al 1,5% de su remuneración imponible y otros pagos que el suscrito(a) deba efectuar en el futuro a este Departamento.

C) Asimismo, el afiliado se compromete a pagar directamente en el Departamento de Bienestar Social y Calidad de Vida las cuotas, impositivas u otros, si por cualquier causa no se efectúa el descuento a través de la liquidación de pago de pensión en forma oportuna, además de la cuota de incorporación que corresponde al 3% de la remuneración imponible para pensiones que serán descontadas en dos cuotas sucesivas.

Uso exclusivo Departamento de Bienestar Social y Calidad de Vida

Solicitud de afiliación aprobada **SI** **NO**

Fecha de aprobación ____ / ____ / ____

Jefe Contabilidad y Ppto. Bienestar Social
y Calidad de Vida

Jefa Departamento Bienestar Social
y Calidad de Vida

Observaciones: _____