



SERVICIO DE BIENESTAR APS

LEY N° 19.378 APS IQUQUE

SOLICITUD DE AFILIACIÓN / ACTUALIZACIÓN DE DATOS

Solicitud de Afiliación

Actualización de Datos

DATOS PERSONALES		
NOMBRE COMPLETO	CEDULA DE IDENTIDAD	FECHA NACIMIENTO
DOMICILIO PARTICULAR	COMUNA	TELEFONO PARTICULAR
CORREO ELECTRONICO	PROFESIÓN	RELACIÓN LABORAL
		ACTIVO <input type="checkbox"/> JUBILADO <input type="checkbox"/>
ESTABLECIMIENTO	TIPO CONTRATO	MES DE AFILIACIÓN
	PLAZO FIJO <input type="checkbox"/> INDEFINIDO <input type="checkbox"/>	
BENEFICIARIO En caso de Fallecimiento delego como beneficiario de cualquier beneficio a mi favor a la siguiente persona (Adjuntar fotocopia de carnet y certificado de nacimiento o matrimonio)		
NOMBRE COMPLETO	CEDULA DE IDENTIDAD	PARENTESCO CON EL AFILIADO

Acepto y conozco todas las disposiciones contenidas en el reglamento y que autoriza que se descuenten los aportes que correspondan de mis remuneraciones, así como el descuento de toda otra obligación pecuniaria contraída con el Departamento de Bienestar, aún en el caso que deje de pertenecer al mismo.

Firma del Afiliado

IQUIQUE,..... DE..... 201....