

SOLICITUD DE ADHESIÓN

Nombre: _____ Rut: _____
 Cargo: _____ Sede de Trabajo _____
 Sueldo Base _____ Fonasa-Isapre _____
 AFP _____ Fecha de Ingreso a INACAP: _____
 Domicilio _____ Teléfono: _____
 Fecha de Nacimiento _____ Estado Civil _____
 ¿Tiene Hijos? _____ Hijos Mayores de 18 años _____
 Correo Personal _____

Beneficiario Subsidio Defunción Socio en caso de su fallecimiento _____
 _____ Teléfono _____

Para los efectos que corresponden declaro que percibo asignación familiar por las siguientes cargas. (Adjuntar Certificado de Acreditación de Cargas de la Caja de Compensación Los Andes).

Nombre	Fecha de nacimiento	Parentezco
1.- _____	_____	_____
2.- _____	_____	_____
3.- _____	_____	_____
4.- _____	_____	_____
5.- _____	_____	_____
6.- _____	_____	_____

Por el presente acepto todas las disposiciones y me obligo a respetarlas, como a sí mismo a cumplir los acuerdos y resoluciones del Directorio.

Fecha

Firma



AUTORIZACION DE DEPOSITO BANCARIO

Yo _____ Socio(a) de la CORPORACIÓN DE BIENESTAR DE LOS TRABAJADORES DE INACAP, autorizo que el depósito de mis bonificaciones, préstamos u otros, se realice con depósito directo en mi cuenta corriente / vista, de acuerdo a los siguientes datos.

Rut : _____

Banco : _____

Nro. Cuenta : _____

Tipo de Cuenta : _____

Correo Institucional : _____

¿PERTENECE A METLIFE? SI NO

IMPORTANTE: Será responsabilidad del socio (a) indicar si hay cambios en su cuenta corriente o vista, llenando un nuevo formulario con los nuevos antecedentes y despachando el documento a las dependencias de bienestar. Bienestar tiene base de datos independiente de INACAP.

Fecha

Firma

Tel: +562-28207210
Mail: g_jara@inacap.cl

Tel: +569-63579442
Mail: corporacion@bienestarinacap.cl

Tel: +569-63579453
Mail: corporacion.bienestar2.0@gmail.com

AUTORIZACIÓN DESCUENTO

Yo _____ Rut _____,
de acuerdo con lo establecido en el art. N°10 la letra C de los Estatutos de la Corporación de Bienestar de los Trabajadores INACAP, autorizo a mi empleador INACAP Sede _____, que descuenta de mi remuneración mensual, las cuotas ordinarias y/o extraordinarias y toda otra obligación económica contraída en mi calidad de socio en favor de la citada Corporación. (El descuento mensual es de 1,8 % del sueldo base y el 10% del 1.8% en el caso de cada Carga Familiar reconocida y compensada por la Caja los Andes).

En caso de Terminación de relación contractual, motivada por cualquier causa, autorizo se me aplique el descuento de la totalidad de la deuda contraída con la Corporación de Bienestar de los Trabajadores de INACAP del respectivo finiquito de trabajo.

Fecha

Firma



SOLICITUD ADHESIÓN CUOTA MORTUORIA (Optativa)

Yo _____ Rut _____,
de acuerdo con lo establecido en el Reglamento de la Corporación de Bienestar de los Trabajadores de INACAP, solicito mi inscripción al beneficio Cuota Mortuoria, para lo cual autorizo a mi Empleador a descontarme por planilla el equivalente a un medio día de remuneración, en el evento que fallezca un socio de esta Corporación adscrito a este beneficio.

En caso de mi fallecimiento designo como beneficiario (s) a: (Indicar el nombre completo de beneficiario (s)).

Nombre Completo	Parentesco	Porcentaje

Firma