**FECHA DE SOLICITUD**

SUCURSAL:

**ENROLAMIENTO AFILIADOS**

APELLIDO PATERNO | APELLIDO MATERNO | NOMBRES

FECHA DE NACIMIENTO

RUT.

SEXO: Femenino 1
Maculino 2

ESTADO CIVIL: Soltero 1, Casado 2, Viudo 3, Otro 4

**Domicilio Particular:**

Calle | N° | Dpto | Comuna

Ciudad | Región | Teléfono | Anexo

**PRESTACIONES DE SALUD A QUE SE ACOGE.**

Fonasa 1
Isapre 2
Otro 3

EN CASOS 2 Y 3 ESPECIFIQUE QUE INSTITUCIÓN

N° DE CUENTA | BANCO

CORREO ELECTRONICO

**BENEFICIARIOS Cargas Familiares Autorizadas**

| Parentesco | A. Paterno | A. Materno | Nombres | Fecha de Nac. |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Observaciones .....

.....

.....

El afiliado que suscribe, autoriza el descuento por planilla de las deudas o compromisos contraidos y asegura estar en conocimier
De los Reglamentos internos vigentes de este SERVICIO DE BIENESTAR.

**FIRMA AFILIADO**

**SERVICIO DE BIENESTAR**