

SANTIAGO,

2025.

## SOLICITUD DE AFILIACIÓN

Como funcionario de **COMPAÑÍA PISQUERA DE CHILE S.A.** Autorizo al mismo, para descontar de mis remuneraciones, la cantidad de \$ 18.887.- más variación de IPC cada seis meses, por concepto de afiliación al **Servicio de Bienestar Ecusa**, además de posteriores gastos médicos, informados por bienestar, con que haya sido beneficiado personalmente o cualquiera de mis cargas familiares.

Este descuento deberá realizarse a partir del mes de \_\_\_\_\_ 2025, en forma indefinida.

(\*)

Nombre del Trabajador

(\*)

Cédula de Identidad

COMPAÑÍA PISQUERA DE CHILE S.A.

Nombre Empresa

**TIMBRE Y FIRMA BIENESTAR**

**FIRMA TRABAJADOR (\*)**

## ANTECEDENTES DE INSCRIPCION

### **DATOS PERSONALES**

Nombre del Socio: \_\_\_\_\_ (\*)

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. De \_\_\_\_\_. (\*)

Cedula de Identidad: \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. - \_\_\_\_\_. (\*)

Cargo que desempeña en la Empresa \_\_\_\_\_ (\*)

Cargas Familiares: \_\_\_\_\_ (\*)

Domicilio: \_\_\_\_\_ (\*)

Comuna: \_\_\_\_\_ (\*)

Región: \_\_\_\_\_ (\*)

Teléfonos: \_\_\_\_\_ (\*)

Banco: \_\_\_\_\_ (\*) Tipo de cuenta(\*) \_\_\_\_\_ Nº(\*) \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_ (\*)

Previsión de salud: \_\_\_\_\_ AFP \_\_\_\_\_ (\*)

1º Aporte: \_\_\_\_\_ de 2025. (\*)

### **DATOS LABORALES**

Empleador: Cía. Pisquera de Chile S.A.

Dirección: \_\_\_\_\_ (\*)

Teléfono: \_\_\_\_\_ (\*)

Renta Imponible aprox. 3 últimos meses \$ \_\_\_\_\_

Ingreso a la Empresa: \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ (\*)

Contrato Indefinido: \_\_\_\_\_ (\*)

## DATOS DE CARGAS FAMILIARES

### CARGAS LEGALES (\*)

**Cónyuge:** \_\_\_\_\_

R.U.T: \_\_\_\_\_ F/N: \_\_\_\_\_

**Hijo:** \_\_\_\_\_

RUT: \_\_\_\_\_ F/N: \_\_\_\_\_

**Hijo:** \_\_\_\_\_

R.U.T: \_\_\_\_\_ F/N: \_\_\_\_\_

**Hijo:** \_\_\_\_\_

R.U.T: \_\_\_\_\_ F/N: \_\_\_\_\_

Enfermedades Preexistentes:    NO (  )    SI (  ). Si es afirmativo favor declarar tipo de enfermedad, si toma algún medicamento permanente mencionar nombre y valor:

\_\_\_\_\_

(\*)

Embarazo (cónyuge, pareja, etc.):    NO (  )    SI (  ). Si es afirmativo declarar meses de gestación \_\_\_\_\_ (\*)

**IMPORTANTE:** Inicio de beneficios, luego de 3 meses y dental 6 meses.

**OBSERVACION:** Debe adjuntar los siguientes documentos:

- Autorización de cargas familiares, si corresponde.
- Fotocopia por ambos lados de cedula de identidad de socio y cónyuge, si corresponde.
- En caso de AUC (Acuerdo de Unión Civil), adjuntar certificado de cotizaciones Previsionales de la pareja, renovable cada 6 meses.
- Si pertenece a otro bienestar, enviar carta de renuncia original timbrada.
- Ultima liquidación de sueldo.

**(\*): LLENADO OBLIGATORIO**