

SANTIAGO, 2025.

SOLICITUD DE AFILIACIÓN

Como funcionario de **PLASCO 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

PLASCO 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 (*) _____ N° (*) _____

E-mail: _____ (*)

Previsión de salud: _____ AFP _____ (*)

1° Aporte: _____ de 2025. (*)

DATOS LABORALES

Empleador: Plasco 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