

DEPARTAMENTO DE BIENESTAR

SOLICITUD DE CONTINUACION DE AFILIACION COMO AFILIADO PASIVO

| DATOS PERSONALES | | | |
|---|--|--|--------|
| Fecha | | | Rut: |
| Nombre: | | | |
| Dirección: | | | |
| Comuna: | | Ciudad | |
| Sistema de Salud: | | | |
| Teléfono Fijo: | | Teléfono Celular: | |
| Numero Cuenta Bancaria: | | Tipo Cuenta (Vista, Corriente, Ahorro) | Banco: |
| Email personal: | | Número Cargas Legales | |
| AL SR. PRESIDENTE DEL CONSEJO ADMINISTRATIVO DEL DEPARTAMENTO DE BIENESTAR: | | | |
| Solicito a Usted, tenga a bien aceptar mi petición de continuar perteneciendo al Departamento de Bienestar en calidad de afiliado pasivo, ya que me acojo a jubilación a partir de esta fecha. | | | |
| HE TOMADO CONOCIMIENTO Y ACEPTO LO SIGUIENTE | | | |
| <p>1. Deberé hacer entrega de copia de la documentación que dé cuenta que se encuentra en trámite mi jubilación.</p> <p>2. El contenido del Reglamento de Bienestar y sus instructivos, y en especial lo siguiente:</p> <p>a) Que, Una vez obtenida la jubilación, el valor de la cuota mensual a pagar al Departamento de Bienestar como socio pasivo será del 1,5% de la pensión de jubilación. o el monto que en el futuro fije el Consejo Administrativo del Departamento de Bienestar.</p> <p>b) Lo señalado en el Artículo 9° del decreto Nº 28 “El afiliado mientras mantenga su calidad de tal no podrá eximirse por causa alguna de la obligación de cancelar sus cuotas y cumplir con sus demás compromisos para con el Servicio de Bienestar”.</p> <p>c) Que durante el período que medie entre mi desvinculación y hasta que adquiera la calidad de jubilado, deseo mantener vigente el Seguro de Salud contratado por el Departamento Bienestar en beneficio de los afiliados, por lo cual seguiré pagando el total de la prima correspondiente, sin perjuicio del reembolso de los gastos médicos que corresponda una vez que adquiera la calidad de jubilado.</p> <p>Deseo continuar con la cobertura del Seguro de Salud SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>3. Presentar en su oportunidad la documentación que requiera el Departamento de Bienestar, en especial la fotocopia de liquidación de pago de pensión y la documentación que acredite las cargas familiares.</p> | | | |
| FORMAS DE PAGO DE LA CUOTA MENSUAL | | | |
| <p>✓ Transferencia electrónica, en cuenta corriente del Banco Estado número 9018565 a nombre del Departamento de Bienestar Poder Judicial, Rut 60.301.009-4, correo electrónico bienestar@pjud.cl</p> <p>✓ Convenios de recaudación Serviestado, Caja Vecina y sitio web bancoestado.cl</p> | | | |
| FIRMA SOLICITANTE | | | |

| USO EXCLUSIVO DEPARTAMENTO DE BIENESTAR | | | |
|--|--|---------------------------------|--|
| Solicitud aceptada | | Solicitud rechazada | |
| Firma Presidente Consejo Administrativo | | Fecha inicio de vigencia | |