



SOLICITUD DE INGRESO

FECHA, _____
NOMBRE _____ RUT _____
ESTADO CIVIL _____ NOMBRE CONYUGE _____
FECHA DE NACIMIENTO _____ SEXO _____
UNIDAD _____
REPARTICIÓN _____ REGION _____
CARGO _____ GRADO _____
CALIDAD JURIDICA _____ (Contrata/Planta/Suplencia) FONDO _____
CORREO ELECTRONICO _____ N° CUENTA BANCARIA _____
TIPO DE CUENTA _____ BANCO _____

SISTEMA DE SALUD

ISAPRE FONASA

EN CASO DE SER ISAPRE INDICAR NOMBRE DE ÉSTA _____

SISTEMA PREVISIONAL

INP AFP

NOMBRE CARGAS FAMILIARES	PARENTESCO	RUT	FECHA DE NACIMIENTO

NOMBRE BENEFICIARIO (A) CUOTA MORTUORIA _____
RUT _____ O A FALTA DE ESTE _____
RUT _____

Declaro conocer el Reglamento de Bienestar y me comprometo a acatarlo en todas sus partes.

FIRMA DEL AFILIADO (A)

La Unidad de Personal y de Remuneraciones, respectivamente, certifica que el Sr.(a) _____, es funcionario(a), tiene cargas familiares reconocidas y percibe una renta equivalente al grado expresado y la calidad jurídica indicada

NOMBRE, FIRMA, TIMBRE
SUBDEPARTAMENTO GESTION

NOMBRE, FIRMA, TIMBRE
UNIDAD DE REMUNERACIONES



CONVENIO DE CRÉDITO

FECHA, _____

NOMBRE _____ RUT _____
 DOMICILIO PARTICULAR _____
 REGION _____ UNIDAD _____
 GRADO E.U.R _____ CALIDAD JURIDICA _____ (Contrata/Planta/Suplencia)
 FONO _____ CORREO ELECTRONICO _____

FIRMA DEL AFILIADO (A)

En Adelante el afiliado(a) y el Servicio de Bienestar del Servicio Agrícola y Ganadero, celebran el siguiente Convenio:

PRIMERO: El afiliado(a) podrá obtener del Servicio Agrícola y Ganadero los préstamos establecidos en su Reglamento y por su intermedio, los créditos que resulten de los Convenios celebrados con las distintas Casas Comerciales, Establecimientos Asistenciales, Profesionales, etc., que deberá pagar en los plazos y condiciones señalados en la resolución o convenio que los autorizó o concedió.

SEGUNDO: Queda facultado el Servicio de Bienestar según lo estime conveniente para el resguardo de los intereses de éste, requerir de la Unidad respectiva que paga los sueldos a los afiliados(as), el cobro total del crédito obtenido o del préstamo concedido, o las cuotas mensuales que correspondan, hasta la completa cancelación de la deuda contraída.

TERCERO: Para garantizar al Servicio de Bienestar el pago de los créditos o préstamos concedidos, o del saldo insoluto, los socios o las socias que firman a continuación se constituyen en fiadores(as) o codeudores(as) solidarios(as) en las obligaciones contraídas por el afiliado(a) arriba mencionado(a).

CODEUDORES (AS) SOLIDARIOS (AS)

NOMBRE	NOMBRE
RUT	RUT
GRADO	GRADO
INSTITUCION EMPLEADORA	INSTITUCION EMPLEADORA
REGION	REGION
FONO	FONO
CORREO ELECTRONICO	CORREO ELECTRONICO
FIRMA	FIRMA



CARTA DE INCORPORACIÓN FONDO DE SOLIDARIDAD

FECHA, _____

NOMBRE FUNCIONARIO (A): _____

_____ RUT _____ SEXO _____ (F/M)

AUTORIZA AL SUBDEPARTAMENTO DE BIENESTAR DE LAS PERSONAS PARA QUE EFECTÚE DESCUENTO DE SU SUELDO BASE, **UN 0.5% MENSUAL**, PARA EL FONDO DE SOLIDARIDAD.

FIRMA AFILIADO(A)

Observaciones: La incorporación al Fondo Solidario es de carácter Voluntario y permite acceder a los beneficios de préstamos o ayudas del Fondo.

El formulario debe ser llenado solo por quienes deseen incorporarse.

**SOLICITUD DE INCORPORACIÓN SEGURO COLECTIVO DE SALUD****IMPORTANTE**

Usted se está incorporando como asegurado a una póliza o contrato de seguros colectivo cuyas condiciones han sido convenidas por el CONTRATANTE, directamente con la compañía de seguros.

Fecha Recepción Compañía

--	--	--

EMPRESA CONTRATANTE	R.U.T	PÓLIZA
Bienestar SAG	61.308.017-1	

I. ASEGURABLE TITULAR							
R.U.T	Apellido Paterno		Apellido Materno		Nombres		
Fecha de Nacimiento	Sexo —Masc. —Fem.	Estado Civil		ISAPRE		Actividad	
Dirección Particular		N°	Dpto.		Sector / Población / Villa		
Comuna	Ciudad		Teléfono Particular		Teléfono Comercial		Teléfono Celular
Peso (kg)	Estatura (Mts.)	Fecha Ingreso a Empresa	Cuenta Corriente		Banco		Dirección E-mail

II. ASEGURABLES ADICIONALES							
Nombres (Apellidos y Nombres)	RUT	Fecha de Nacimiento	Sexo	Relación/Parentesco	ISAPRE	Peso (Kg.)	Estatura (Mts)

IV. CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES	
<p>Por este acto y según lo dispuesto en la ley N° 19.628 sobre Protección de la Vida Privada y sus modificaciones, doy mi consentimiento y autorización expresa para que MetLife Chile Seguros de Vida S.A. y sus representantes, sucesores o cesionarios puedan proceder a la trasmisión o transferencia de todos o parte de los datos personales e información que declaro haber entregado voluntariamente a su disposición, a cualesquiera terceros prestadores de servicios que estuvieren ubicados dentro o fuera de Chile, para efectos de poder hacer efectivo el (los) beneficio(s) que pueden estar asociados al seguro contratado, así como para efectos de almacenamiento de la información</p>	
FECHA: ___/___/____	FIRMA ASEGURABLE

V. AUTORIZACIÓN DE LA INCORPORACIÓN POR PARTE DEL CONTRATANTE DE LA PÓLIZA	VI. APROBACIÓN COMPAÑÍA ASEGURADORA
<p>FECHA: ___/___/____</p> <p style="text-align: center;">Firma del Representante Contratante</p>	<p style="text-align: center;">Firma y Timbre Representante MetLife Chile Seguros de Vida S.A.</p>

MetLife Chile Seguros de Vida S.A. se reserva el derecho de aceptar o rechazar el riesgo propuesto o bien establecer restricciones o limitaciones especiales a la cobertura. En caso de establecerse alguna restricción o limitación de cobertura, ésta deberá constar en una declaración especial que debe ser firmada por el asegurable. En estos casos, la vigencia de la cobertura individual de este seguro sólo comenzará a regir una vez que la Compañía Aseguradora haya aceptado el riesgo y el asegurable haya firmado la declaración especial antes indicada. La declaración especial indicada en el párrafo precedente no será necesaria para aquellos seguros en los cuales el pago de la prima sea íntegramente cubierto por la empresa contratante, pudiendo igualmente la Compañía Aseguradora establecer restricciones o limitaciones de cobertura para el asegurado.

Las Condiciones Generales y Cláusula Adicional del Seguro se encuentran incorporadas al depósito de las pólizas de la Superintendencia de Valores y Seguros bajo los códigos PÓL 2 92 030 y CAD 3 09 132, respectivamente.

DESIGNACION DE BENEFICIARIO

Nombre Asegurado _____
R.U.T. _____
Empresa _____
N° Póliza _____

Identifique claramente con letra imprenta a cada beneficiario, señalando su R.U.T. y relación con el Asegurable.

APELLIDO PATERNO, MATERNO, NOMBRES	R.U.T.	PARENTESCO	PORCENTAJE

RECOMENDACION:

En caso de nombrar beneficiarios menores de 18 años, se sugiere designar a una persona mayor de edad, como beneficiario (persona designada). De esta manera el contratante deja constancia que la designación del segundo beneficiario es para que atienda las necesidades del seguro a éste, la Compañía quedará liberada de toda obligación posterior.

LUGAR Y FECHA

FIRMA ASEGURADO