Junta Nacional de Jardines Infantiles Ministerio de Educación Gobierno de Chile	**SOLICITUD DE AFILIACIÓN AL SERVICIO DE BIENESTAR PARA JUBILADOS/AS DE LA JUNTA NACIONAL DE JARDINES INFANTILES**	**Código:** F-BIEN-09 **Versión:** 01 **Fecha:** 24/06/2022 **Página:** 1 de 1

RUT:	

Apellido Paterno	
Apellido Materno	
Nombres	
Fecha de Nacimiento	
Institución de salud	

Domicilio		Comuna	
Ciudad		Región	
E-Mail		Teléfono/celular	

Tipo de cuenta. Marca con una **X** lo que corresponda:							
☐	Cuenta corriente	☐	Chequera electrónica	☐	Cuenta vista	☐	Ahorro
Banco		Nº de Cuenta					

Tipo de afiliación. Marca con una x lo que corresponda:							
☐	Trámites de jubilación iniciado	☐	Iniciará trámites de jubilación pronto	☐	Se acoge a retiro antes de jubilar	☐	Otro
Comentario:							

Cargas legalmente reconocidas para ingreso Servicio de Bienestar		
Nombre	Rut	Fecha de Nacimiento

Yo, _____con fecha ____/____/_____, acepto mi incorporación o reincorporación como jubilado de la Junta Nacional de Jardines Infantiles al Servicio de Bienestar de la misma, para cuyos fines me comprometo a cancelar mi cuota de incorporación de 1% (si corresponde) y mensualmente el aporte de afiliación que corresponde al porcentaje de 2,5% imponible de mi jubilación.

Durante los tres primeros meses en que esté tramitando mi pensión, me comprometo a pagar cuota informada de acuerdo a Estamento correspondiente y desde el cuarto mes pagar prima de seguro complementario de salud, hasta poseer calidad de jubilada/o.

En casos de acogerme a retiro antes de la edad de jubilación, declaro conocer condición de pagar prima de seguro complementario de salud (o aporte institucional en situación que el Servicio de Bienestar no cuente con Seguro) mensualmente hasta obtener calidad de jubilado.

Me comprometo además a cancelar mensualmente, en el plazo correspondiente, las cuotas que se devenguen de la afiliación o del uso de deudas contraídas.

_____

FIRMA AFILIADO/A

Nota: Para hacer uso de los beneficios por cargas reconocidas, los/as afiliados/as jubilados/as, deben solicitar a las instituciones previsionales, compañías de seguros, fondos mutuos u otros; un **certificado** que indique **el nombre y los datos personales de su/s carga/s y el período por el cual son autorizadas, para luego gestionar en Unidad de Personal.**