

## SOLICITUD DE AFILIACIÓN SERVICIO DE BIENESTAR

INDIVIDUALIZACIÓN AFILIADO (A) SOLICITANTE:

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
Fecha solicitud

\_\_\_\_ - \_\_\_\_ @ \_\_\_\_  
RUN Correo Institucional

____ Apellido Paterno	____ Apellido Materno	____ Nombres
____ Estamento	____ Dependencia	____ Región
____ / ____ / ____ Fecha de Nacimiento	____ Teléfono	____ Sistema de Salud

Solicito por la presente a la Unidad de Bienestar y calidad de Vida ser incorporado(a) como afiliado(a) al Servicio de Bienestar del Instituto Nacional de Deportes.

\_\_\_\_\_  
**FIRMA AFILIADO(A) SOLICITANTE**

1. El afiliado(a) manifiesta su voluntad de acatar las disposiciones del Reglamento General para los Servicios de Bienestar fiscalizados por la Superintendencia de Seguridad Social contenidas en el DS N° 28 del año 1994, y por el Reglamento particular del Servicio de Bienestar del Instituto Nacional de Deportes, establecido en el Decreto N° 83 Exento de 2011, ambos del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, las cuales declara conocer.
2. Al efecto, autorizo para que me sea descontado por planilla:
  - Una cuota de incorporación, por una sola vez, la que será descontada junto al primer aporte mensual de afiliación, ascendente al 2% de mi renta imponible .
  - Un aporte mensual del 2% de mi remuneración imponible.
3. Tomo conocimiento que las personas afiliadas a bienestar tendrán derecho a percibir la totalidad de los beneficios que otorga el seguro de vida con adicional de salud y catastrófico a contar del mes siguiente del primer descuento y que los demás beneficios podrán solicitarse tres meses después del primer descuento como socio(a) al Servicio de Bienestar según lo estipulado en su reglamento.

**AL HONORABLE CONSEJO ADMINISTRATIVO DEL  
SERVICIO DE BIENESTAR DEL INSTITUTO NACIONAL DE DEPORTES**

## USO EXCLUSIVO UNIDAD DE BIENESTAR Y CALIDAD DE VIDA

Fecha Afiliación	/ /	N° Afiliación	
Fecha Aprobación Solicitud	/ /	Fecha Rechazo Solicitud	/ /

### REVISADO POR:

\_\_\_\_\_  
Nombre

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
/ /  
Fecha

\_\_\_\_\_  
JEFE (A) UNIDAD DE BIENESTAR Y CALIDAD DE VIDA