



FECHA ____/____/____/

INCORPORACIÓN AL FONDO SOLIDARIO

AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO POR CONCEPTO DE APORTE VOLUNTARIO AL FONDO SOLIDARIO CAPREDENA

YO, DON (ÑA) _____:

RUT : _____ PENSION N° : _____

Autorizo a la Caja de Previsión de la Defensa Nacional, para que descuenta mensualmente de mi pensión, el monto del aporte correspondiente a favor del fondo solidario CAPREDENA, a fin de acceder al crédito medicina curativa y obtener bonificaciones especiales de salud. Tomo conocimiento además, que los beneficios por hospitalización y desgravamen, tienen carencia de cobertura por el plazo que medie entre la fecha del primer mes de aporte al fondo solidario, y del tercer mes de aporte efectivo.

CARGAS FAMILIARES:

	NOMBRE	RUT	EDAD
1.-			
2.-			
3.-			

FIRMA DEL PENSIONADO

NOMBRE APODERADO: _____

RUT APODERADO: _____

Cortar aquí

COMPROBANTE DE INCORPORACIÓN AL FONDO SOLIDARIO CAPREDENA

NOMBRE: _____

RUT: _____ PENSION N° : _____

FECHA: ____/____/____/

INICIO DEL BENEFICIO: ____/____/____/

FIRMA Y TIMBRE
FUNCIONARIO RESPONSABLE