



FECHA: ____/____/____

INCORPORACIÓN AL FONDO SOLIDARIO

AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO POR CONCEPTO DE APOORTE 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 en favor del Fondo Solidario de Capredena, a fin de acceder al crédito medicina curativa y obtener bonificaciones adicionales, esto es, beneficios complementarios y de desgravamen. Estos beneficios tendrán una carencia de cobertura por el plazo que medie entre la fecha del primer aporte al Fondo Solidario, y el primer día del tercer mes siguiente al ingreso del aporte monetario.

CARGAS FAMILIARES:

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

FIRMA DEL PENSIONADO o APODERADO

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