

En \_\_\_\_\_, De \_\_\_\_\_ 202\_\_\_\_\_

**Señor**

**Gerente de Recursos Humanos**

**PRESENTE**

**De mi consideración:**

**AUTORIZA DESCUENTO QUE SE INDICA.**

*Por la presente autorizo al Banco del Estado de Chile para descontar de mis remuneraciones la suma de 1.38%, con un tope de UF 0.30 mínimo y UF 0.93 máximo y un aporte adicional de \_\_\_\_\_ U.F., por mi carga médica y/o cónyuge cotizante (UF 0,58 por cada una) si corresponde, correspondiente a la cotización mensual al Fondo Complementario de Salud, individualizada en esta autorización.*

*Acepto, asimismo, el descuento del saldo no cubierto por la Isapre ni por el Fondo, del valor de las prestaciones que reciba el mencionado beneficiario.*

*Carga Médica :*

*Carga Legal :*

*Cónyuge Carga Legal :*

*Cónyuge Cotizante :*

*Saluda atentamente a usted,*

---

*Firma Funcionario B.E.CH.*

*Nombre Funcionario B.E.CH. :*

*R.U.T. :*

*Oficina B.E.CH. :*

**DESC**