

En _____, De _____ 201_____

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