



AUTORIZACIÓN DE INCORPORACIÓN

Yo _____, Rut _____, informo la decisión de incorporarme al Fondo de Bienestar Social de los Trabajadores del Banco Santander Chile y Filiales.

Certifico estar en total conocimiento de los beneficios y condiciones a los que estoy accediendo, incluyendo la carencia de proporcionalidad en el reembolso por cirugía oftalmológica, parto, ayuda dental, hospitalización e intervención quirúrgica de cualquier naturaleza.

Firma Funcionario

Recepción Bienestar

Fecha: ____ / ____ / ____