

NÚMERO DE FOLIO

FECHA DOCUMENTO     
DÍA MES AÑO

FECHA DE INICIO DE BENEFICIOS     
DÍA MES AÑO

## ANEXO N° 2

### DECLARACIÓN DE VOLUNTAD DE INCORPORACIÓN O RETIRO AL FOSPEN

AL SR. PRESIDENTE DEL CONSEJO DE ADMINISTRACIÓN DEL FOSPEN, RESPETUOSAMENTE SOLICITO MI INCORPORACIÓN\_\_ O RETIRO\_\_ (Marque X) AL FONDO SOLIDARIO DE PENSIONADOS NAVALES EN LOS TÉRMINOS Y PLAZOS ESTABLECIDOS POR LA REGLAMENTACIÓN VIGENTE, PARA LO CUAL SEÑALO MIS DATOS PARA EL EFECTO. ASIMISMO POR EL PRESENTE INSTRUMENTO AUTORIZO PARA QUE SE PROCEDA A DESCONTAR\_\_ O CESAR\_\_ (Marque X) EL DESCUENTO CORRESPONDIENTE DE LA PENSION O MONTEPIO.

#### ANTECEDENTES DEL COTIZANTE

<input type="text"/> CÉDULA DE IDENTIDAD	<input type="text"/> NPI	<input type="text"/> APELLIDO PATERNO	<input type="text"/> APELLIDO MATERNO
<input type="text"/> GRADO	<input type="text"/> FECHA DE NACIMIENTO	<input type="text"/> PRIMER NOMBRE	<input type="text"/> SEGUNDO NOMBRE
<input type="text"/> DOMICILIO (CALLE, N° CASA, BLOCK, DEPARTAMENTO, POBLACIÓN)			
<input type="text"/> DOMICILIO (SECTOR, CERRO)	<input type="text"/> COMUNA	<input type="text"/> PROVINCIA	<input type="text"/> REGIÓN
<input type="text"/> FONO DOMICILIO	<input type="text"/> FONO CELULAR	<input type="text"/>	<input type="text"/> CODIGO

#### ANTECEDENTES CONYUGE E HIJOS

	APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO, NOMBRES	COD. CAR.	CÉDULA DE IDENTIDAD	FECHA DE NACIMIENTO	S	P	R
1.-							
2.-							
3.-							
4.-							
5.-							
6.-							
7.-							

#### Declaración de preexistencia (Enfermedades que el adherente o sus cargas posean antes de su afiliación al Fondo):

---



---



---



---

El firmante declara conocer el contenido del "Reglamento del Fondo Solidario de Pensionados Navales" (FOSPEN), y estar de acuerdo con lo estipulado en el artículo 9°.- del citado cuerpo reglamentario.

S: SEXO 1 MASCULINO  
2 FEMENINO

P: PARENTESCO 1 CÓNYUGE  
2 HIJO  
3 HIJO ESTUDIANTE  
4 HIJO INCAPAC.

R: RETENCIÓN JUDICIAL 1 SÍ  
2 NO

\_\_\_\_\_  
FIRMA AUTORIZADA

\_\_\_\_\_  
AFILIADO

ORIGINAL: AFSA

1º COPIA: INTERESADO

2º COPIA: CAPREDENA