

## SOLICITUD DE PRESTAMO DENTAL

NOMBRE SOCIO \_\_\_\_\_

Nº ROL \_\_\_\_\_ FECHA SOLICITUD \_\_\_\_\_

Nº RUT \_\_\_\_\_ MONTO SOLICITADO \$ \_\_\_\_\_

DESTINO DEL CREDITO \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

PLAZO EN MESES \_\_\_\_\_ A CONTAR DEL MES DE \_\_\_\_\_

SECCION \_\_\_\_\_

CARGO \_\_\_\_\_

**Autorizo al Fondo de Bienestar Social del Banco Bice, Filiales y Empresas relacionadas para solicitar a mi empleador la diferencia que se produce una vez rebajadas las bonificaciones a que tenga derecho, ya sea en un solo pago o mediante cuotas descontadas de mi remuneración mensual, de acuerdo lo determine el Fondo de Bienestar.**

**En caso de producirse mi retiro voluntario o la desvinculación de mi persona de la empresa, autorizo desde ya a mi empleador para descontar de la indemnización que pudiere corresponderme, la totalidad de los valores que a esa fecha me encuentre adeudando al Fondo de Bienestar Social de los Trabajadores del Banco BICE, Filiales y Empresas Relacionadas, según liquidación que el mismo Fondo practique a esa fecha.**

**Queda asimismo facultado el Fondo para efectuar la liquidación y pago de los dineros por mí adeudados, y para requerir a mi empleador el descuento de los mismos de la indemnización que me corresponda.**

\_\_\_\_\_  
FIRMA

### APROBACION DIRECTORIO

APROBADO

RECHAZADO

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Presidente

\_\_\_\_\_  
Tesorero

\_\_\_\_\_  
Secretario

\_\_\_\_\_  
Director

\_\_\_\_\_  
Director

FECHA \_\_\_\_\_