



Asociación Gremial Nacional de Pensionados
de las FF.AA, Carabineros de Chile ® y Montepíos

DECLARACIÓN JURADA SIMPLE

Yo: _____, Chileno (a).

Con fecha: _____ Estado Civil: _____ RUT N°: _____

Domicilio: _____

Comuna: _____ Región: _____ Teléfono: _____

Teléfono/ Celular: _____ E-Mail: _____

Cta. Pensión N°: _____ Capredena y/o Dipreca: _____

Grado Jerárquico: _____ Grado Económico: _____

Dto. Retiro: _____ Fecha contrata: _____ Fecha Retiro: _____

*Autorizo, personal y voluntariamente, sin presiones de ningún tipo, a la Asociación Gremial Nacional de Pensionados de las Fuerzas Armadas, Carabineros ® y Montepíos (AGNP), a través del representante legal, para que me represente ante los Tribunales de Justicia (Art. 8 CPC.), con motivo de la demanda "Nulidad de Derecho Público", **POR LO CUAL ME COMPROMETO A MANTENERME EN LA AGNP AL MENOS HASTA EL TÉRMINO DE ÉSTA.***

Asimismo, autorizo que se descuenta, a través de Capredena y/o Dipreca, la suma de \$ _____, de la siguiente forma: _____ cuotas mensuales de \$ _____.

Cabe reiterar que NO se podrá renunciar estando la demanda en tribunales.

Dudas y/o consultas a: comunicaciones@agnp.cl o los teléfonos 2 29297278 - 2 29297277.

FIRMA PENSIONADO
HUELLA DACTILAR

Nota. Se deben acompañar fotocopia del carné por ambos lados, Liquidación de Pensión y Resolución de Retiro. Estas solicitudes se pueden escanear y enviarlas por correo electrónico.

Paseo Bulnes 120, Oficina 69, Santiago ~ Teléfonos: 229297278 - 229297277 Móvil +56 9 92176310

Web : www.agnp.cl  : comunicaciones@agnp.cl  : Penfarcamon  : penfarcamon



Asociación Gremial Nacional de Pensionados
de las FF.AA., Carabineros de Chile ® y Montepíos

SOLICITUD DE INGRESO AGNP

AL DIRECTORIO DE LA ASOCIACION GREMIAL NACIONAL DE PENSIONADOS DE LAS
FF.AA., CARABINEROS ® Y MONTEPIOS:

Por medio de la presente, personal y voluntariamente, solicito al Honorable Directorio de la mencionada Asociación aceptar mi incorporación como socio natural de esta Institución. A la vez, acepto el descuento de cuotas sociales mensuales (\$1.100) y cuota única de incorporación (\$2.000), en virtud del art. 3 del Estatuto AGNP. En caso de renuncia, a posteriori, ésta se hará bajo el formato establecido por la propia Gremial, siguiendo instrucciones del Ministerio de Economía, y ante Notario Público.

Nombre y Apellidos: _____

Fecha de Nacimiento: _____

RUT N°: _____

Domicilio: _____

Comuna / Región: _____

Teléfono/ Celular: _____ E-Mail: _____

Cta. Pensión N°: _____ Capredena y/o Dipreca: _____

Sistema de Salud (Ejército, Armada, Aviación, Capredena, Dipreca u otro):

Fecha: _____

FIRMA y HUELLA DACTILAR

Paseo Bulnes 120, Oficina 69, Santiago ~ Teléfonos: 229297278 - 229297277 Móvil +56 9 92176310

Web : www.agnp.cl  : comunicaciones@agnp.cl  : Penfarcamon  : penfarcamon