



SEGURO COMPLEMENTARIO DE SALUD

Formulario N°1 Declaración de cargas.

TITULAR

Nombre Completo del Socio(a) : _____

C. Identidad : _____

Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____

Domicilio : _____

Grado: _____ Planta: _____ Contrata: _____

Isapre : _____ FONASA: _____

CARGAS

*Nombre completo: _____

C. Identidad : _____

Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____

Parentesco: _____ Sexo: _____

*Nombre completo: _____

C. Identidad : _____

Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____

Parentesco: _____ Sexo: _____

*Nombre completo: _____

C. Identidad : _____

Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____

Parentesco: _____ Sexo: _____

Firma titular

San Bernardo ____ de _____ de 2018



SEGURO COMPLEMENTARIO DE SALUD

Formulario N°2 Antecedentes para pago de Reembolsos.

TITULAR

Nombre Completo del Socio(a) : _____

C. Identidad : _____

Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____

Domicilio : _____

Grado: _____ Planta: _____ Contrata: _____

DATOS BANCARIOS

Banco : _____

Tipo de Cuenta: Corriente _____ Vista _____ Cuenta RUT _____ No tiene _____

N° Cuenta: _____

Correo electrónico: _____

***Si no tiene cuenta, recibirá sus reembolsos por cheque.**

Firma titular

San Bernardo ____ de _____ de 2018



SEGURO COMPLEMENTARIO DE SALUD

Formulario N°3 Autorización de descuento de prima mensual.

TITULAR

Nombre Completo del Socio(a) : _____

C. Identidad : _____

Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____

Domicilio : _____

Grado: _____ Planta: _____ Contrata: _____

AUTORIZACION

Autorizo que se realicen los descuentos mensuales correspondientes a la prima del Seguro Complementario de Salud y Vida, que ascienden a _____ UF., desde mi remuneración mensual, un monto en pesos de \$ _____ aproximadamente.

Firma titular

San Bernardo ____ de _____ de 2018