

**ORDEN DE LEVANTAMIENTO PROHIBICIÓN CUENTA
CRÉDITO AUTOMÁTICO DE SALUD**

FECHA RECEPCIÓN

--

EL AFILIADO INDIVIDUALIZADO EN EL N° 1 PROHIBE AL (LOS) BENEFICIARIO (S) DEFINIDO (S) EN EL N° 2, HACER USO DEL CREDITO AUTOMÁTICO DE SALUD, SIN PERJUICIO DE HACER PRESENTE QUE LOS BENEFICIOS DEL PLAN DE SALUD SE ENCUENTRAN PLENAMENTE VIGENTES PARA ELLOS.

1.- DATOS PERSONALES AFILIADO

NOMBRE			
	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES
RUT		MAIL	
DIRECCION			
	CALLE	N°	COMUNA
			CIUDAD
TELEFONO PARTICULAR		TELEFONO OFICINA	
ACTIVO	<input type="checkbox"/>	PASIVO	<input type="checkbox"/>

2.- IDENTIFICACION BENEFICIARIOS CON PROHIBICION

2.1 BENEFICIARIO 1

	RUT		
NOMBRE			
	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES
PARENTESCO		TELEFONO	FECHA NACIMIENTO
			DIA MES AÑO
DIRECCION			
	CALLE	N°	COMUNA
			CIUDAD
MAIL			

2.2 BENEFICIARIO 2

	RUT		
NOMBRE			
	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES
PARENTESCO		TELEFONO	FECHA NACIMIENTO
			DIA MES AÑO
DIRECCION			
	CALLE	N°	COMUNA
			CIUDAD
MAIL			

2.3 BENEFICIARIO 3

	RUT		
NOMBRE			
	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES
PARENTESCO		TELEFONO	FECHA NACIMIENTO
			DIA MES AÑO
DIRECCION			
	CALLE	N°	COMUNA
			CIUDAD
MAIL			

EN EL CASO DE OPERAR VIA REEMBOLSOS AL FIRMAR ESTA ORDEN SE AUTORIZA A EFECTUAR EL CAMBIO DE NOMBRE EN CHEQUE

ESTA ORDEN INICIA SU VIGENCIA A PARTIR DEL PRIMER DIA HABIL SIGUIENTE DESDE LA FECHA DE RECEPCION POR LA FUNDACION

LAS ORDENES DE ATENCION O REEMBOLSOS EMITIDAS CON ANTERIORIDAD A LA FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA DE ESTA ORDEN NO ESTARAN AFECTAS A PROHIBICION

FIRMA AFILIADO

FIRMA NOTARIO