

**ORDEN DE 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			
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