

## REVOCACIÓN DE LA RENUNCIA DE EXCEDENTES DE COTIZACIÓN

**Parte I:** El o la cotizante deberá completar alguna de las siguientes situaciones:

Declaro estar en conocimiento y/o disponer de la información relativa a los efectos de mi revocación de la renuncia de los excedentes de cotización.

Solicito se me informe los efectos de mi eventual revocación de la renuncia a los excedentes de cotización. (La información relativa a los efectos de la revocación estará disponible el 5° día hábil).

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
fecha

**Parte II: Información sobre efectos de la revocación** (no será necesario detallar los beneficios si él o la cotizante declaro conocerlos).

Isapre Fundación, informa a usted que (marcar alternativa que corresponde a situación del cotizante):

La renuncia de los excedentes de cotización se suscribió a objeto de pactar determinados beneficios adicionales al plan de salud, que se individualizan:

1 DENTAL

2 MECICAMENTOS AMBULATORIOS

Los beneficios señalados se mantienen vigentes

SI

NO

En el caso de mantener los beneficios individualizados, la revocación de la renuncia importará dejarlos sin efecto a contar de .....de .....de 201..., (**Esta fecha deberá ser completada por la Isapre, indicando el primer día del mes subsiguiente a la fecha de la revocación**).

La renuncia se formulo a objeto de acceder a un plan con mayores beneficios. La presente revocación no afectara el plan de salud vigente.

**Parte III: Revocación de la renuncia a los excedentes:**

En conocimiento de la información proporcionada por Isapre Fundación, referida a los efectos de la revocación, vengo en revocar dicha renuncia.

Cotizante \_\_\_\_\_ Rut \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma representante legal y timbre

\_\_\_\_\_  
fecha suscripción