



SOLICITUD DE ENROLAMIENTO

Trabajadores del BancoEstado
SISTEMA DE AYUDAS COMPLEMENTARIAS

(SE DEBEN LLENAR CON LETRA IMPRENTA, TODOS LOS CAMPOS DE LOS CUADROS I Y II).
(VER INSTRUCCIONES AL REVERSO)

1. Enrolamiento asegurado
2. Inclusión carga

OFICINA

CIUDAD

FONO

E-MAIL

CELULAR

I. ANTECEDENTES DEL TITULAR			USO EMPLEADOR	
RUT	NOMBRE (Paterno, Materno, Nombre)		RUT	<input type="text"/>
			RAZON SOCIAL	<input type="text"/>
FECHA DE NACIMIENTO D D M M A A A A <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			FECHA DE EMPLEO	<input type="text"/>
ESTADO CIVIL S: Soltero C: Casado V: Viudo X: Otro <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			OCUPACION	<input type="text"/>
SEXO <input type="checkbox"/> M: Masculino <input type="checkbox"/> F: Femenino			FIRMA Y TIMBRE REPRESENTANTE EMPRESA	

II. GRUPO FAMILIAR CON COBERTURA					
NOMBRE (Paterno, Materno, Nombres)	PARENTESCO	CODIGO RELAC.	SEXO	FECHA DE NACIMIENTO	CARGA LEGAL SI/NO

Solicito la inscripción y autorizo, me sea deducido de mi sueldo la suma que correspondiere. Declaro la veracidad de los datos anteriormente proporcionados.

Declaro conocer el Reglamento del Sistema de Ayudas Complementarias de Salud el cual se encuentra publicado en la página web de ISAPRE FUNDACION y acepto las condiciones de ingreso.

El Titular y sus Beneficiarios, aceptan el término de los beneficios contenidos en el Sistema de Ayudas Complementarias y Catastróficas de Salud, terminada su relación laboral con el BancoEstado, por cualquier causa, aunque mantengan su afiliación a Isapre Fundación.

El titular acepta la Resolución adoptada por la Comisión Médica respecto de las Preexistencias del grupo familiar.

DD MM A A A A

FECHA FIRMA TITULAR

OBSERVACIONES:

Fecha efecto Autorización