

SOLICITUD DE INCORPORACIÓN TITULARES Y CARGAS O.E.

Marque con una "X" la o las alternativas según corresponda: TITULAR CARGAS

1. IDENTIFICACIÓN DE LA EMPRESA

EMPRESA	SUCURSAL

2. IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO

RUT		FECHA DE NACIMIENTO		ESTADO CIVIL		GÉNERO	
						F	M
NOMBRE			APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		
SISTEMA SALUD					FECHA INGRESO EMPRESA		
FONASA :		ISAPRE:		(¿CUÁL?):			
DIRECCIÓN				COMUNA		CIUDAD	
TELÉFONO				MAIL			
N° DE CUENTA BANCARIA		TIPO DE CUENTA BANCARIA		BANCO			
		VISTA	RUT	CORRIENTE			

Por medio del presente, declaro mi voluntad de incorporar a mis cargas, según las condiciones pactadas entre mi empleador y SERMECOOP Ltda., así mismo declaro que estoy en conocimiento de las características y condiciones del convenio.

TIPO DE CARGA

CÓDIGO	TIPO DE CARGA	DOCUMENTOS A PRESENTAR
1	Cónyuge	Certificado de Matrimonio
2	Hijo (hasta 17 años, 364 días)	Certificado de Nacimiento "Todo Trámite"
3	Hijo estudiante (hasta 23 años, 364 días)	Certificado de Nacimiento "Todo Trámite" y Certificado de Estudios
4	Convivientes con hijos en común	Declaración notarial que indique hijos en común y acredite más de un año de convivencia y Copia de la C.I. del conviviente
5	Conviviente Civil	Certificado Acuerdo Unión Civil, Fotocopia Cédula de Identidad del Conviviente Civil

Aquellas instituciones que ingresan "Cargas Legales", deben reemplazar los documentos antes solicitados por resolución de la Caja de Compensación u otro organismo competente.

3. IDENTIFICACIÓN DE CARGA

RUT		FECHA DE NACIMIENTO		ESTADO CIVIL		GÉNERO			
						F	M		
NOMBRE			APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO				
SISTEMA SALUD					COD. TIPO CARGA				
FONASA		ISAPRE		(¿CUÁL?):	1	2	3	4	5

RUT		FECHA DE NACIMIENTO		ESTADO CIVIL		GÉNERO			
						F	M		
NOMBRE			APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO				
SISTEMA SALUD					COD. TIPO CARGA				
FONASA		ISAPRE		(¿CUÁL?):	1	2	3	4	5

Solicito mi incorporación voluntaria como beneficiario de SERMECOOP, para optar a los beneficios y servicios del Plan Complementario de Salud. Autorizo en este acto, en caso de corresponder, que mi empleador descuente de mis remuneraciones el aporte acordado en el contrato celebrado entre mi empleador y SERMECOOP Ltda., de la misma manera, acredito que estoy en conocimiento de las características y condiciones del convenio.

FECHA: ____ / ____ / ____

FIRMA TITULAR

FIRMA
EMPRESA / INSTITUCIÓN

TIMBRE SERMECOOP