

|  |
| --- |
|  |

**SOLICITUD DE INCORPORACIÓN TITULARES Y CARGAS O. E.**

**CARGAS**

|  |
| --- |
|  |

**Marque con una “X” la o las alternativas según corresponda: TITULAR**

1. **IDENTIFICACIÓN DE LA EMPRESA**

|  |  |
| --- | --- |
| **EMPRESA** | **SUCURSAL** |
|  |  |

1. **IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **RUT** | | | | | | |  | | | | | | | | **FECHA DE NACIMIENTO** | | | | | | **ESTADO CIVIL** | | | | | **GÉNERO** | |  |
|  |  |  | |  | |  |  | |  | |  | - |  | |  | |  | | |  |  | | | | | **F** | | **M** |
| **NOMBRE** | | | | | | |  | | | | | | | **APELLIDO PATERNO** | | | | | | |  | | **APELLIDO MATERNO** | | | | |  |
|  | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | |  | |  | | | | |  |
| **SISTEMA SALUD** | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |  | | **FECHA INGRESO EMPRESA** | | | | |  |
| **FONASA :** | | |  | | **ISAPR** | | **E:** |  | | (¿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.**

1. **IDENTIFICACIÓN DE CARGA**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **RUT** | | | | | |  | | | |  | | **FECHA DE NACIMI** | | **ENTO** | **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 TIMBRE SERMECOOP**

**EMPRESA / INSTITUCIÓN**

**INFÓRMATE DE ÉSTE U OTROS SERVICIOS EN: CALL CENTER 600 655 8000 - DESDE CELULARES 2796 2200 - INFO@SERMECOOP.CL - WWW.SERMECOOP.CL**