

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					

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