

**FORMULARIO DENUNCIO BENEFICIO PAGO DE COTIZACIONES**FECHA:     
DÍA MES AÑO

SUCURSAL DE RECEPCIÓN: \_\_\_\_\_

**DATOS DEL DENUNCIANTE**Nombre: \_\_\_\_\_  
APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRE

RUT: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Comuna: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_  
CALLE N° DEPTO. COMUNA CIUDAD

Ciudad: \_\_\_\_\_ Región: \_\_\_\_\_

**DATOS DEL TITULAR / ASEGURADO**Nombre: \_\_\_\_\_  
APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRECategoría: IND:  E1:  Costo Plan UF: \_\_\_\_\_ Compensado: Sí:  No:  Deuda: Sí:  No: 

Detalle: \_\_\_\_\_

**PAGO DE COTIZACIONES**

Beneficio que cubre el costo del Plan de Salud por el periodo establecido en el Plan contratado y de acuerdo a la circunstancia cubierta.

PLAN: A:  B:  C: **PAGO DE COTIZACIONES CATASTRÓFICO**

Beneficio que cubre el pago de cotizaciones del Plan de Salud por **1 año**, si el Cotizante fallece antes de haber cumplido el primer año de vigencia del Contrato de Salud.

CATASTRÓFICO: **DOCUMENTACIÓN PARA MUERTE NATURAL O ACCIDENTAL**

- Certificado de Defunción Original del Cotizante, con causa de muerte.
- Parte policial y alcoholemia (si corresponde).
- Cualquier otro informe o declaración, certificados o documentos, ficha clínica y en especial los relativos a la causa que motiva la activación del beneficio.

**DOCUMENTACIÓN PARA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE 2/3 A CAUSA DE UN ACCIDENTE\***

- Fotocopia Cédula de Identidad del Cotizante o Certificado de Nacimiento Original.
- Cualquier otro informe o declaración, certificados o documentos, ficha clínica, Dictamen de Invalidez y en especial los relativos a la causa que motiva la activación del beneficio.

\*Exclusivo para el Beneficio Pago de Cotizaciones por 5 años.

AGENCIA AGENTE

--	--

\_\_\_\_\_  
Firma Denunciante o Titular/Asegurado**CONTROL INTERNO**

Formulario denuncia ID: \_\_\_\_\_ Fecha Recep. Dctos: \_\_\_\_\_

Ingreso C.S: \_\_\_\_\_ F. Max. R: \_\_\_\_\_ F. Resp. C.S: \_\_\_\_\_

C. Cert. Afiliado: SP/ \_\_\_\_\_

FECHA:

DÍA	MES	AÑO

Rechazado: \_\_\_\_\_

Aprobado: \_\_\_\_\_

**OBSERVACIONES:**

---

---

---

---

---

---

“La entrega y validación de los documentos en la sucursal no implica necesariamente la aprobación de la cobertura y que la resolución final será comunicada por la Isapre **dentro de 30 días hábiles** contados desde la emisión del Presente Formulario”.