

FORMULARIO DENUNCIO BENEFICIO PAGO DE COTIZACIONESFECHA:
DÍA MES AÑO

SUCURSAL DE RECEPCIÓN: _____

DATOS DEL DENUNCIANTENombre: _____
NOMBRE

RUT: _____ Email: _____

Comuna: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____
CALLE N° DEPTO. COMUNA CIUDAD

Ciudad: _____ Región: _____

DATOS DEL TITULAR / ASEGURADONombre: _____
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”.