

SOLICITUD DE RENUNCIA DE CARGAS (O.E.)

1. IDENTIFICACIÓN DE LA EMPRESA

EMPRESA	SUCURSAL

2. IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO TITULAR

RUT	FECHA DE NACIMIENTO	ESTADO CIVIL	GÉNERO	
			F	M
NOMBRE	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO		
SISTEMA SALUD		FECHA INGRESO EMPRESA		
FONASA:	ISAPRE:	¿CUÁL?:		

3. TIPO DE CARGA

CÓDIGO	TIPO DE CARGA
1	Cónyuge
2	Hijo (hasta 17 años, 364 días)
3	Hijo estudiante (23 años. 364 días)
4	Conviviente
5	Conviviente Civil

4. 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	

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	

Por medio de la presente, solicito a SERMECOOP la renuncia de mi carga, además declaro que estoy en conocimiento y entiendo que al renunciar al **Plan Complementario de Salud** de **SERMECOOP** no obtendré bonificación por los gastos médicos que mis cargas pudieran tener en el futuro, y que ante la eventualidad de un gasto médico mayor o de alto costo, éste será de mi absoluta responsabilidad.

He sido informado que si quisiera reincorporarlas al convenio, podrá hacerse efectivo una vez transcurridos 12 meses desde la fecha de renuncia.

NOTA: Con esta renuncia pierden automáticamente cualquier otro beneficio adicional adscrito en el convenio vigente.

FIRMA TITULAR

FIRMA
EMPRESA / INSTITUCIÓN

TIMBRE SERMECOOP

FECHA: ____ / ____ / ____