

FECHA, \_\_\_\_\_

## FORMULARIO DE OPCIÓN DE COTIZACIÓN PARA SISTEMA DE SALUD

YO, \_\_\_\_\_

R.U.N. \_\_\_\_\_ CON DOMICILIO EN \_\_\_\_\_

TELÉFONO \_\_\_\_\_, MANIFIESTO MI OPCIÓN POR EL SISTEMA DE SALUD AL CUAL DESEO PERTENECER EN MI CALIDAD DE ASIGNATARIO (A) DE MONTEPÍO DEL CAUSANTE:

NOMBRE: \_\_\_\_\_

APELLIDOS \_\_\_\_\_

R.U.N.: \_\_\_\_\_ N° DE CUENTA \_\_\_\_\_

TENGO PLENO CONOCIMIENTO QUE EXISTEN LOS SIGUIENTES SISTEMAS DE SALUD A LOS CUALES PUEDO OPTAR, (MARCAR CON UNA **X** TAN SÓLO UNA DE LAS OPCIONES)

|              |                          |           |                          |
|--------------|--------------------------|-----------|--------------------------|
| EJÉRCITO     | <input type="checkbox"/> | CAPREDENA | <input type="checkbox"/> |
| ARMADA       | <input type="checkbox"/> | ISAPRE    | <input type="checkbox"/> |
| FUERZA AÉREA | <input type="checkbox"/> | FONASA    | <input type="checkbox"/> |

POR TANTO, MI OPCIÓN ES \_\_\_\_\_, Y SOLICITO QUE LAS COTIZACIONES DE SALUD SEAN ENTERADAS EN EL SISTEMA DE ESA INSTITUCIÓN.

### NOTAS:

- COMPLETAR EL FORMULARIO CON LETRA IMPRENTA.
- EN CONFORMIDAD AL ARTÍCULO 15 DE LA LEY N° 19.465, PODRÁ EJERCER NUEVAMENTE ESTE DERECHO DE OPCIÓN SÓLO UNA VEZ TRANSCURRIDO UN PLAZO DE DIECIOCHO MESES DE PERMANENCIA EN EL RESPECTIVO SISTEMA, EXCEPTO FONASA E ISAPRE.
- EN CASO DE OPTAR POR FONASA O ISAPRE, DEBE LLENAR ADICIONALMENTE EL FORMULARIO EXIGIDO POR ESTAS INSTITUCIONES.

FIRMA: \_\_\_\_\_

R.U.N: \_\_\_\_\_