

FECHA, _____

FORMULARIO DE OPCIÓN DE COTIZACIÓN PARA SISTEMA DE SALUD

YO, _____
R.U.N. _____ CON DOMICILIO EN _____
TELÉFONO _____, CORREO ELECTRÓNICO _____ 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.: _____