FORMULARIO DE MODALIDAD DE PAGO Y SISTEMA DE SALUD

(COMPLETAR CON MÁQUINA DE ESCRIBIR O A MANUSCRITA, CON LETRA IMPRENTA LEGIBLE)

YO, _____ RUN _____

CON DOMICILIO EN _____

COMUNA _____

TELÉFONO _____ CORREO ELECTRÓNICO _____

MANIFIESTO LO SIGUIENTE:

A. MODALIDAD DE PAGO DE MI PENSIÓN DE MONTEPÍO

(SI NO OPTA POR UNA ALTERNATIVA, CAPREDENA LE ASIGNARÁ LA SUCURSAL BANCARIA MAS CERCANA AL DOMICILIO Y PAGO EN EFECTIVO)

☐ PRESENCIAL, EN SUCURSAL BANCARIA MÁS CERCANA A MI DOMICILIO

☐ DEPÓSITO EN CUENTA BANCARIA, DE LA CUAL SOY TITULAR

BANCO _____

N° DE CUENTA _____

TIPO DE CUENTA
- CORRIENTE ☐
- VISTA ☐
- AHORRO ☐

B. SISTEMA DE SALUD

TENIENDO PLENO CONOCIMIENTO DE QUE EXISTEN LOS SIGUIENTES SISTEMAS DE SALUD

1	EJÉRCITO (SISAE)		4	CAPREDENA
2	ARMADA (SISAN)		5	FONASA
3	FUERZA AÉREA (SISAF)		6	ISAPRE

MI OPCIÓN ES _____

NOMBRE PENSIONADO FALLECIDO/A _____

RUN_____ N° CTA PENSIONADO/A CAPREDENA _____

IMPORTANTE:

1. EN CASO DE OPTAR POR ISAPRE, DEBE SOLICITAR LA AFILIACIÓN DIRECTAMENTE EN LA ENTIDAD DE SU PREFERENCIA.
2. EN CONFORMIDAD AL ARTÍCULO Nº 15 DE LA LEY Nº 19.465, PODRÁ EJERCER NUEVAMENTE EL DERECHO DE OPCIÓN, UNA VEZ TRANSCURRIDO 18 MESES DE PERMANENCIA EN EL SISTEMA DE SALUD DE LAS FFAA SELECCIONADO, EXCEPTO FONASA E ISAPRE.
3. LOS MESES DE PERMANENCIA EN EL SISTEMA DE SALUD SE CONSIDERAN DESDE EL MES DEL FALLECIMIENTO DEL CAUSANTE DE MONTEPIO.
4. AUTORIZO A DESCONTAR DEUDA POR COBRO INDEBIDO DE PENSIÓN, DEL PERIODO POSTERIOR A LA FECHA DE FALLECIMIENTO DEL CAUSANTE, DE EXISTIR DICHOS EXCESOS.

_____

FIRMA

FECHA