

AUTORIZACIÓN PARA CAMBIO BENEFICIO COMPLEMENTARIO

Yo _____, Rut _____, informo a mi empleador del cambio del seguro complementario de salud que estoy realizando, certifico estar en total conocimiento de los nuevos beneficios y condiciones, a los cuales estoy accediendo y de los que dejo de percibir, además de estar claro, de que este cambio, implica que no podré retornar al Fondo de Bienestar del cual me excluyo.

Declaro que renuncio a:	Declaro que me incorporo a :
<input type="checkbox"/> Fondo de Bienestar .	<input type="checkbox"/> Fondo de Bienestar.
<input type="checkbox"/> Corporación de Salud (Ex Banco Stgo)	<input type="checkbox"/> Corporación de Salud (Ex Banco Stgo)
<input type="checkbox"/> Bienestar Social Ex O´Higgins.	<input type="checkbox"/> Bienestar Social Ex O´Higgins.
<input type="checkbox"/> Seguro de Salud MetLife.	<input type="checkbox"/> Seguro de Salud MetLife.
<input type="checkbox"/> Seguro de Salud Euroamerica.	<input type="checkbox"/> Seguro de Salud Euroamerica.

Declaración Fondo de Bienestar.

Fondo de Bienestar _____ informa que el Sr.(a) _____, Rut: _____, con fecha _____ fue aceptado en nuestro Fondo entregando todas las coberturas y beneficios de salud y vida que se encuentran estipuladas en nuestro plan de coberturas.

Firma Funcionario

Firma Fondo de Bienestar

Fecha: ____ / ____ / ____.