

Fecha Solicitud

SOLICITUD DE DESAFILIACIÓN

DEL FONDO COMPLEMENTARIO DE SALUD PARA EL PERSONAL PENSIONADO DEL EJÉRCITO

Al Jefe Ejecutivo de Administración de los Fondos de Salud del Ejército, respetuosamente solicito mi desafiliación al Fondo Complementario de Salud, para lo cual señalo mis datos para el efecto:

Nombre	<input type="text"/>		
N° Cuenta CPDN	<input type="text"/>		
RUN	<input type="text"/>	Fecha de nacimiento	<input type="text"/>
Dirección	<input type="text"/>		
Comuna	<input type="text"/>	Región	<input type="text"/>
Teléfono particular	<input type="text"/>	Celular	<input type="text"/>
Correo electrónico	<input type="text"/>		

Requisito de desafiliación:

Art.15. La voluntad de desafiliación está sujeta a un mínimo de seis meses de cotización y será aceptada por el administrador del fondo siempre y cuando no tenga prestaciones bonificadas al momento de validar la solicitud, de lo contrario deberá cotizar dieciocho meses para tramitar el presente documento.

Nota:

Al retirarse del Fondo Complementario será también desafiliado del beneficio aeromédico "Nuevas Coberturas". Adjuntar fotocopia de la cédula de identidad por ambos lados del titular (apoderado). En caso de mandato adjuntar poder notarial original.

El presente documento debe ser remitido en duplicado al Jefe Ejecutivo de Administración de los Fondos de Salud del Ejército, Av. Libertador Bernardo O'Higgins N° 1449, Torre 3, Piso 8, Santiago (con firmas en original).

Firma Titular