

SOLICITUD DE RENUNCIA

BENEFICIO "AUMENTO DE COBERTURAS Y TRASLADO MEDICO"

Fecha Solicitud

Al Jefe Ejecutivo de Administración de los Fondos de Salud del Ejército, respetuosamente solicito mi renuncia al nuevo beneficio "Aumento de Coberturas y Traslado Médico", con un descuento de UF 0.1867, para lo cual señalo mis datos para el efecto.

NOMBRE

N° CUENTA DE CPDN

 - -

RUT

FECHA NAC.

DIRECCION

COMUNA

CIUDAD

TELEFONO PARTICULAR

CELULAR

CORREO ELECTRONICO

N° CUENTA

TIPO CUENTA

BANCO

Declaro estar en conocimiento que renuncio a:

Aumento del tope del Fondo Complementario de UF. 700 a UF.1000.

Aumento de Cobertura de Desgravamen de UF.400 a UF.1000 para el Titular y Cargas Familiares

Beneficio de Traslado de Ambulancia para el Titular y Cargas Familiares.

Beneficio de Evacuación Aeromédica a nivel nacional, Titular y Cargas Familiares

NOTA: Adjuntar fotocopia Cédula de Identidad del titular.

RECEPCIONADO
JEAFO SALE
(FIRMA Y FECHA)

AFILIADO