

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 :
☐ Fondo de Bienestar Banco Santander.	☐ Fondo de Bienestar Banco Santander.
☐ Corporación de Salud Santander (Ex Banco Santiago).	☐ Corporación de Salud Santander (Ex Banco Santiago).
☐ Bienestar Social Santander.	☐ Bienestar Social Santander.

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 Colaborador/a

Firma Fondo de Bienestar

Fecha: ____ / ____ / ____.