

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 Banco Santander. | <input type="checkbox"/> Fondo de Bienestar Banco Santander. |
| <input type="checkbox"/> Corporación de Salud Santander (Ex Banco Santiago). | <input type="checkbox"/> Corporación de Salud Santander (Ex Banco Santiago). |
| <input type="checkbox"/> Bienestar Social Santander. | <input type="checkbox"/> Bienestar Social Santander. |
| <input type="checkbox"/> Seguro de Salud Chilena Consolidada. | <input type="checkbox"/> Seguro de Salud Chilena Consolidada. |

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: ____ / ____ / ____.