

CARTA DE DESAFILIACIÓN A CONVENIO ONCOLÓGICO FALP

En _____ a _____ de _____ de 20 _____.

Por medio del presente documento, solicito mi desafiliación y/o de mis Beneficiarios, al Convenio Oncológico de la Fundación Arturo López Pérez, renunciando a partir de esta fecha, a todos los beneficios que éste otorga. Teniendo presente que el Contrato de Protección Oncológica dice textualmente lo siguiente: “En caso de que una de las partes quiera poner término al presente Convenio, deberá manifestar su voluntad en tal sentido, dando aviso a la otra por escrito con a lo menos 90 días de antelación a la fecha de término”. (Extracto punto Décimo Tercero: Vigencia y Duración, del Contrato de Protección Oncológica).

Desafiliación Titular y Cargas y/o Adicionales.
 Desafiliación solo Carga(s) y/o Adicionales.

Importante: Usted debe adjuntar a este documento una copia de su cédula de identidad.

DATOS DEL TITULAR

NOMBRE COMPLETO

RUT – TELÉFONO

E-MAIL

NOMBRE EMPRESA

BENEFICIARIOS Indicar nombre y RUT de la(s) carga(s) y/o adicional(es) que va a desafiliar.

NOMBRE COMPLETO

RUT –

NOMBRE COMPLETO

RUT –

NOMBRE COMPLETO

RUT –

Marque con una X el motivo de su renuncia:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Traspaso | <input type="checkbox"/> Sin sistema previsional de salud |
| <input type="checkbox"/> Renuncia voluntaria por motivos económicos | <input type="checkbox"/> Cumplimiento de edad límite de carga (25 años) |
| <input type="checkbox"/> Renuncia voluntaria por mala atención | <input type="checkbox"/> Fallecimiento de carga y/o adicional(es) |
| <input type="checkbox"/> Renuncia voluntaria por no percibir beneficios | <input type="checkbox"/> Fallecimiento del titular |
| <input type="checkbox"/> Recibo beneficios de un seguro | <input type="checkbox"/> Otros, especificar |

Observaciones:

FIRMA AFILIADO TITULAR

FECHA

FIRMA Y TIMBRE RECEPCIÓN FALP

FECHA RECEPCIÓN FALP