Isapre Banmédica

FORMULARIO ÚNICO DE NOTIFICACIÓN

FOLIO 23714903

SECCION A - TIPOS DE NOTIFICACIÓN

1. Suscripción de Contrato.
3. Situaciones especiales.
2. Término de contrato por parte de la ISAPRE.
4. Sustitución, adición, o eliminación de Empleador, Cambio de situación laboral o previsional del cotizante
5. Cambio de Fecha para contabilizar los periodos anuales.
6. Variación de precio por cambio de tramo de edad.
7. Modificación de tipo de beneficiario y/o rectificacion e incorporacion de antecedentes del beneficiario.
8. Modificación de cotización pactada.
9. Cambio de plan.

Nº CONTRATO: 99516165

TIPO DE COTIZANTE: 1 (1. COTIZANTE TITULAR; 2. BENEFICIARIO COTIZANTE; 3. MUERTE TITULAR)

TIPO DE NOTIFICACIÓN: 78

SERIE DE CONTRATO: AA

SECCION B - ANTECEDENTES DEL COTIZANTE Y SU GRUPO FAMILIAR

Nº DE CEDULA DE IDENTIDAD (RUN): 17485590 - 4

CORREO ELECTRÓNICO: EACABO@SCARMEN.CL

APELLIDO PATERNO: CABO
APELLIDO MATERNO: JAROBA
NOMBRES: ENRIQUE ANDRÉS

CALLE: CAMINO JUAN PABLO SEGUNDO
NÚMERO: 7901
DEPTO.: 625
BLOCK:
VILLA O POBLACIÓN:
CASILLA:

COMUNA: LO BARNECHEA
CIUDAD: SANTIAGO
REGION: 13
TELÉFONO: 22222222
TELÉFONO CELULAR: 991294487
CORREO:

FECHA NAC.: 22 (DÍA) 2 (MES) 1990 (AÑO)
ENVIO DE DOCUMENTACIÓN: 1 (1. DOMICILIO; 2. EMPLEADOR; 3. CASILLA)
TIPO DE TRABAJADOR: D (D. DEPENDIENTE; I. INDEPENDIENTE; P. PENSIONADO; V. VOLUNTARIO)
TOTAL BENEFICIARIOS: 4
SEXO: M (M. MASC.; F. FEM)
INSTITUCIÓN DE SALUD ANTERIOR: BANMEDICA S.A.
A.F.P O INST. DE PREVISIÓN: PROVIDA S.A.

IDENTIFICACION DE LOS BENEFICIARIOS

Nº	COD. MOV.	RUT BENEFICARIO	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	FECHA NACIMIENTO DIA	MES	AÑO	SEXO	TIPO BENEF.	COD. RELAC.
	01	0-0	CABO	KUSCHEL	NN	4	1	21	M	1	4

CODIGO DE MOV.: 01. ENTRA; 02. SALE; 03. MODIFICA
SEXO: M. MASCULINO; F. FEMENINO
TIPO BENEFICIARIO: 01. FAMILIAR BENEFICIARIO; 02. CARGA MEDICA
CODIGO RELACION: 01.CONYUGUE; 02. PADRE; 03. MADRE; 04. HIJO; 05. OTRO; 06. CONVIVIENTE CIVIL

SECCION C - ANTECEDENTES DEL EMPLEADOR O ENTIDAD ENCARGADA DEL PAGO DE LA PENSIÓN

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL: PANES CHILE SPA
RUT: 76453432 - 8

CALLE: JOSE MARIA ESCRIVA DE BALAGUER
NÚMERO: 13105
DEPTO.: 613
BLOCK:
VILLA O POBLACIÓN:

COMUNA: LO BARNECHEA
CIUDAD: SANTIAGO
REGIÓN: 13
TELÉFONO 1: 0
TELÉFONO 2 O CELULAR:

Nº DE ENTIDADES ENCARGADAS DEL PAGO: 1
MODIFICACIÓN: (S. SUSTITUYE; A. ADICIONA; E. ELIMINA)
FAX:
CORREO ELECTRÓNICO:

SECCION D - ANTECEDENTES DEL CONTRATO

FINANCIAMIENTO DE LA COTIZACIÓN PACTADA (MONTOS Y MODALIDAD)

TOTAL COTIZACIÓN PACTADA	=	23,96	1	+
COMPENSACIÓN POSITIVA	+			
COMPENSACIÓN NEGATIVA	-			
COTIZACIÓN OTRO(s) EMPLEADOR(es)	-			
COTIZACIÓN TOTAL A PAGAR: POR EMPLEADOR, COTIZANTE O ENTIDAD ENCARGADA DEL PAGO DE LA PENSIÓN	+	23,96	1	

(M) MODALIDAD DE PAGO: 1. UF; 2. PESOS; 3. %

RUN AFILIADO ASOCIADO A LA COMPENSACIÓN:
RUN BENEFICIARIO CON APORTE:
Nº DE INSCRIPCIÓN (SOLO PENSIONADOS):
RUT OTRO EMPLEADOR ASOCIADO AL PAGO DE LA COTIZACION PACTADA:

INICIO DE VIGENCIA DE BENEFICIOS (MES INCLUIDO): 12 (MES) 2020 (AÑO)
COTIZACIÓN A DESCONTAR A CONTAR DE LA REMUNERACIÓN DE: 11 (MES) 2020 (AÑO)
ANUALIDAD (MES): 08
RENUNCIA EXCEDENTE: 2 (1. SI; 2. NO)
ANEXO RENUNCIA EXCEDENTES:
FECHA DE TÉRMINO CONTRATO SEGURO MUERTE TITULAR:
TIPO DE PLAN: I (I. INDIVIDUAL; G. GRUPAL; C. INDIVIDUAL COMPENSADO)

DESCOMPOSICIÓN DE LA COTIZACION PACTADA:

PRECIO BASE PLAN	* FACTOR GRUPO FAMILIAR	= PRECIO DE PLAN COMPLEMENTARIO	21,60	1	M
	PRECIO GES +		2,360	1	
	PRECIO CAEC +				
	PRECIO BENEF. ADICIONALES +		0	1	
	OTRAS COTIZACIONES ASOCIADAS AL PLAN +				
	TOTAL COTIZACIÓN PACTADA +		23,96	1	

4 * 5,40

CÓDIGO DEL PLAN DE SALUD: BNSPRU05SQ
IDENTIFICACIÓN DEL PLAN DE SALUD: Salud Preferente Ultra 85/SQ
RENTA IMPONIBLE: 0
EQUIVALENCIA EN PESOS DEL PRECIO DEL PLAN A LA FECHA DE SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO: $687.840
VIGENCIA ANTICIPADA: MES AÑO

OBSERVACIONES:

SECCION E - ANTECEDENTES DE LA ISAPRE

CENTRO COSTO: 1702
FIRMA AGENTE DE VENTAS:
NOMBRE AGENTE DE VENTAS: MEDINA NN YENNY
RUT AGENTE DE VENTAS: 15598452 - K

FIRMA, FECHA HABILITADO ISAPRE: DÍA MES AÑO
FIRMA, FECHA COTIZANTE: 6 (DÍA) 10 (MES) 2020 (AÑO)

HUELLA COTIZANTE

PANES CHILE SPA
FIRMA, EMPLEADOR, EMPLEADOR, AFP, INST. DE PREVISION
Rut: 76.453.432-8
DÍA MES AÑO

"SR. EMPLEADOR, ESTE DOCUMENTO NO REGISTRARÁ LA FIRMA DE SU TRABAJADOR EN EL EVENTO DE OPERAR LA ACEPTACION TÁCITA DE LA ADECUACIÓN CONTRACTUAL PROPUESTA POR LA ISAPRE Y EN OTRAS SITUACIONES PREVISTAS EN LA NORMATIVA VIGENTE".

DOCUMENTO FIRMADO POR ENRIQUE CABO JAROBA, RUT 17.485.590-4 CON FECHA 06-10-2020 16:1 46 Y CODIGO DE FIRMA w59i0vb1