

FORMULARIO DE INCORPORACIÓN A MEDICINA CURATIVA

Empresa Afiliada	Sucursal	Fecha:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text" value="/ /"/>

IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO

Apellidos Pat/Mat :	<input type="text"/>	RUT :	<input type="text"/>
Nombres :	<input type="text"/>		

Dejo constancia mediante el presente documento que:

- Si** deseo incorporarme a este beneficio, **completando este formulario y presentándolo en el Área de RRHH o Personal, quienes validarán y tramitarán mi incorporación a Medicina Curativa.**
- No** deseo incorporarme a este beneficio.

DATOS DEL BENEFICIARIO ASOCIADO

Fecha Nacimiento	Genero (Sexo)	Estado Civil	Previsión de Salud
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Dirección	Comuna	Región	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Teléfono	Correo Electrónico		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		

CARGAS FAMILIARES: Reconocidas y Autorizadas **con certificado emitido por** Instituciones de Previsión o Caja de Compensación, **presentado al Área de RRHH o Personal, quienes validarán y tramitarán su incorporación .**

Parentesco	Nombre y Apellidos	RUT	Fecha Nacimiento	Documento que acredita Carga Familiar

* Hija, Hijo, Cónyuge, Padre, Madre

Información para transferencias de Reembolsos de Gastos Médicos con cobertura:

Número de Cuenta :	<input type="text"/>	Tipo Cuenta:	<input type="text"/>
Banco :	<input type="text"/>	*Corriente/Vista	

 Firma del Trabajador

 Firma y Timbre
 de la Empresa Afiliada

Autorizo expresamente de manera informada y voluntaria a Medicina Curativa para el tratamiento de mis datos personales y de carácter médico, con la finalidad exclusiva de procesamiento para evaluar, analizar y calcular el correspondiente reembolso de mis gastos médicos y de mi grupo familiar, y transferir a mi cuenta corriente cuando corresponda.