

**SOLICITUD DE INCORPORACIÓN Y ACEPTACIÓN DE DESCUENTO**  
**CONVENIO ACCIDENTES CLÍNICA SANTA MARÍA**  
Vigencia 1 de abril 2025 al 31 de marzo 2026

TRANSFERENCIA Si  DESCUENTO POR PLANILLA  INDIQUE N° CUOTAS 1   
No  10

NOMBRE FUNCIONARIO \_\_\_\_\_  
RUT \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_  
LUGAR DE TRABAJO \_\_\_\_\_  
CELULAR \_\_\_\_\_  
DOMICILIO PARTICULAR \_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES DE LOS BENEFICIARIOS:**

1.

NOMBRE COMPLETO \_\_\_\_\_  
RUT \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_  
FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_ EDAD \_\_\_\_\_  
SISTEMA DE SALUD FONASA  ISAPRE   
ESTABLECIMIENTO EDUCACIONAL \_\_\_\_\_

2.

NOMBRE COMPLETO \_\_\_\_\_  
RUT \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_  
FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_ EDAD \_\_\_\_\_  
SISTEMA DE SALUD FONASA  ISAPRE   
ESTABLECIMIENTO EDUCACIONAL \_\_\_\_\_

3.

NOMBRE COMPLETO \_\_\_\_\_  
RUT \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_  
FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_ EDAD \_\_\_\_\_  
SISTEMA DE SALUD FONASA  ISAPRE   
ESTABLECIMIENTO EDUCACIONAL \_\_\_\_\_

4.

NOMBRE COMPLETO \_\_\_\_\_  
RUT \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_  
FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_ EDAD \_\_\_\_\_  
SISTEMA DE SALUD FONASA  ISAPRE   
ESTABLECIMIENTO EDUCACIONAL \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
FECHA

\_\_\_\_\_  
FIRMA FUNCIONARIO

**Nota:** Para los beneficiarios de 20 años y más (hasta 60 años), es indispensable que cuenten con la cobertura de una Isapre