



AUTORIZACION DE COTIZACION ADICIONAL VOLUNTARIA

El suscrito Sr. (a) _____

Rut _____ declara autorizar el pago por concepto de cotización adicional voluntaria de salud para financiar, el precio total de su Contrato de Salud Previsional, que incluye el precio Total del Plan Salud Complementario, el precio de las Garantías Explícitas en Salud (GES) de todos los beneficiarios y el precio de los Beneficios Especiales que hubiere contratado según las siguientes condiciones:

Monto cotización legal (7%) : _____

Monto Cotización Adicional Voluntaria : _____

Monto total a descontar por su Contrato de Salud : _____

(GES + Plan de Salud Complementario + Beneficios
Especiales pactados por el Empleador)

Con la firma del presente documento, dejo constancia que libero a Colmena de todas las responsabilidades respecto a esta cotización adicional voluntaria pactada.

Firma Cotizante

Fecha_ __/__/__