



Sección A: Constancia de Entrega de Documentos Contractuales

Con fecha , entre Don: **DAVID ALI ZAMBRANO BURGOS** y la Isapre **CONSALUD S.A.** representado por JOHAN HERRERA MARQUINA se ha celebrado un contrato de salud previsional de plazo indefinido, conviniendo las prestaciones y beneficios incluidos, así como la forma, modalidad y condiciones para el otorgamiento conforme a lo establecido en el artículo 189 y demás disposiciones pertinentes del DFL N° 1 de 2005, de Salud y las instrucciones de la Superintendencia.

Son parte integrante del Contrato de Salud los documentos que a continuación se individualizan y respecto de los cuales se deja constancia a través de este documento, de su entrega y medio por el cual ésta se efectuó.

A. 1.- Las "Condiciones Tipo" comprenden los siguientes documentos uniformes regulados y/o aprobados por la Superintendencia:

- 1.- Condiciones Generales Uniformes del Contrato de Salud.
- 2.- Condiciones de la Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas .
- 3.- Condiciones Particulares Plan Preventivo de Isapres.
- 4.- Condiciones para Acceder a la Cobertura de las Garantías Explícitas en Salud .
- 5.- Condiciones Generales de Complementos suscritos.

Tarje el casillero que corresponda: CD ☐ Papel ☐ E-Mail ☒ Escriba su E-Mail : DAVID.ZAMBRANO10@GMAIL.COM

Las "Condiciones Tipo" se encuentra disponible para usted en cualquier oficina comercial de la Isapre y, además, se encuentra en la página web de la Isapre y en la página web de la Superintendencia de Salud.

A. 2.- Otros documentos del contrato de salud que se entregan en este acto:

- | | |
|--|-------------------------------------|
| 6.- Plan de Salud | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 7.- Selección de Prestaciones Valorizadas del Plan | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 8.- Formulario Único de Notificación (FUN) | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 9.- Declaración de Salud | <input checked="" type="checkbox"/> |

NOMBRE: DAVID ALI ZAMBRANO BURGOS
RUT: 25868700-0
Fecha: 14/10/2025 22:6:23
IP: 181.162.172.65
TOKEN:
2F0ADD9FE0291C0737AFA7A05B9620FE

FIRMA COTIZANTE

NOTA IMPORTANTE: Sr. Cotizante firme esta constancia sólo si recibió los documentos contractuales de acuerdo la forma elegida por Ud.

Sección B: Constancia de Impedimento de Notificación del FUN

CAUSAL QUE IMPIDE LA NOTIFICACION	
A) RECHAZADO POR EL EMPLEADOR	B) EMPLEADOR NO ES HABIDO :
FECHA DE LA NOTIFICACIÓN :	

Sección C: Notas Explicativas del llenado del FUN

- a) **Precio Base Plan:** Es el espacio asignado por la Isapre a cada Plan de Salud Complementario.
- b) **Factor Grupo Familiar:** Corresponde a la suma de factores asignado al afiliado y a sus beneficiarios, de conformidad a la respectiva tabla de factores del Plan de Salud.
- c) **Precio Plan Complementario (Monto y Modalidad):** Corresponde al precio total a pagar por el plan de Salud Complementario y se obtiene de la multiplicación del precio base del plan de salud por el factor del grupo familiar. En el caso de planes grupales cuyo precio sea un porcentaje equivalente a la cotización legal de salud, se deberá indicar el monto y su modalidad, esto es 7%.
- d) **Precio GES:** Precio que la Isapre cobra por las Garantías Explícitas de Salud correspondiente al valor total del grupo familiar.
- e) **Precio CAEC:** Precio que la Isapre cobra por la Cobertura Adicional para enfermedades Catastróficas al afiliado y sus beneficiarios. Este campo sólo deberá completarse cuando el precio de la CAEC no esté incluido en el precio base del plan de salud complementario.
- f) **Precio Beneficio Adicional:** Corresponde al precio del o los Beneficios Adicionales contratados por el afiliado.
- g) **Total Cotización Pactada:** Corresponde al monto total pactado y que está conformado por la suma del precio del plan de salud complementario, el precio GES el precio CAEC y el precio de los Beneficios Adicionales. La expresión de este monto podrá combinar modalidades (7% + UF) y unidades monetarias (UF + \$). Lo anterior cuando los precios asignados al GES y CAEC y Beneficio Adicional, se encuentren en una expresión monetaria distinta al precio del plan de salud complementario.
- h) **Compensación Positiva:** Monto que aporta el cotizante que suscribe este FUN para financiar la cotización pactada por el afiliado asociado a la compensación.
- i) **Compensación Negativa:** Monto que recibe el cotizante que suscribe este FUN por parte del afiliado asociado a la compensación para financiar la cotización pactada.
- j) **Cotización Otro(s) Empleador(es):** Refleja el monto por concepto de cotización que entera uno o más empleadores distintos del identificado en este FUN. Este valor deberá presentarse siempre con signo negativo, dado que debe descontarse del total de la cotización pactada.
- k) **Cotización Total a Pagar:** Corresponde al monto que debe descontar el empleador o la entidad encargada del pago de pensión, Cotizante Independiente o Cotizante Voluntario, registrado en este FUN. Este monto debe reflejar la compensación, si la hubiere, que se agrega o se descuenta para el pago de la cotización pactada. El monto a pagar puede ser menor al total de la cotización pactada, cuando existe más de una entidad encargada del pago de la cotización y/o se está recibiendo la compensación de otro afiliado; o mayor a la cotización pactada, cuando se está compensando otro contrato. La expresión de este total podrá combinar modalidades (7% + UF) y unidades monetarias (UF + \$).
- l) **RUN Afiliado Asociado a compensación:** Se debe indicar el RUN de la persona cuya cotización pactada se está compensando, o bien, que compensa la cotización pactada del afiliado que suscribe este FUN.
- m) **RUT Otro Empleador Asociado al Pago de la Cotización Pactada:** Se debe indicar el RUT del otro empleador que entera parte de la cotización pactada por el Afiliado.