

CONVENIO ONCOLÓGICO
FONDO SOLIDARIO

falcp
Juntos contra el cáncer

Fundación Arturo López Pérez

Firma digital para cambio de plan

Firma digital de documentos FALP

¡Bienvenido(a) al procedimiento de firma digital para cambio de plan!

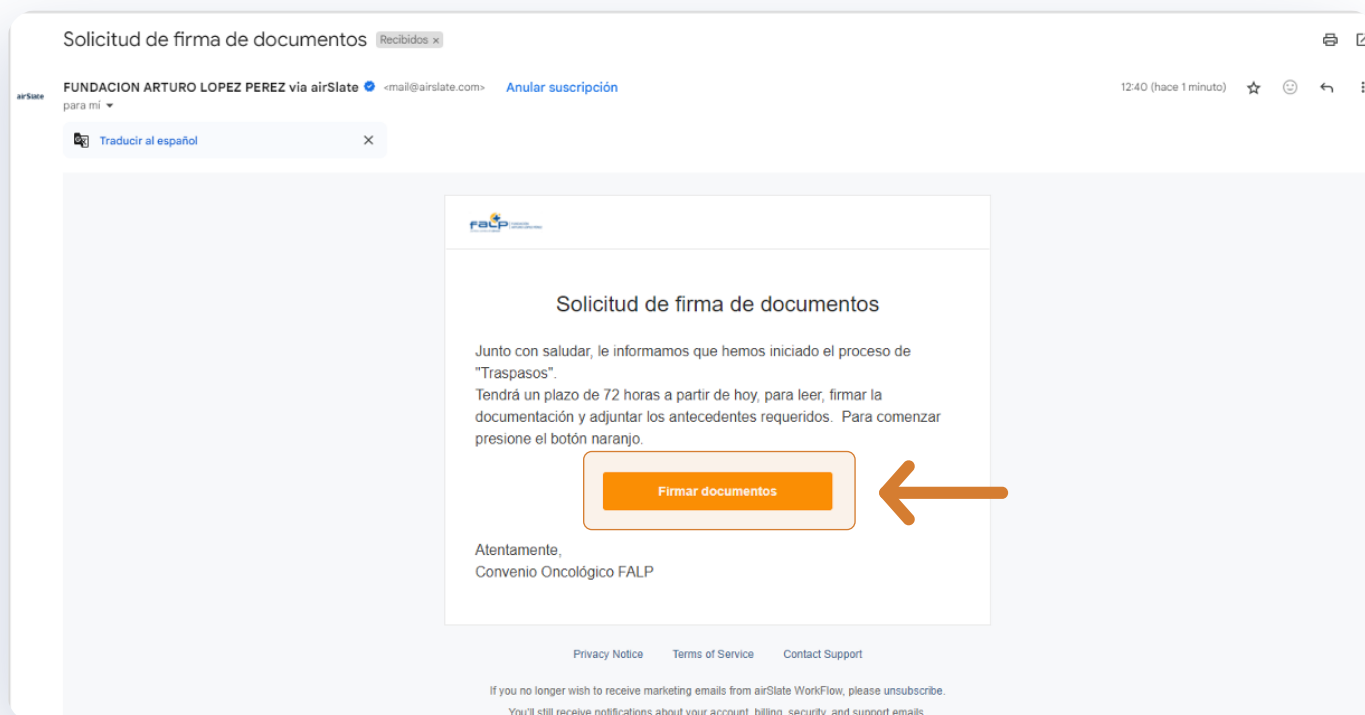
En este documento, detallaremos paso a paso el procedimiento de firma, el cual puede ser realizado desde un computador con conexión a Internet.

Aquí encontrará los siguientes documentos:

- **Solicitud de cambio de Plan de Convenio Oncológico FALP**
- **Contrato de Protección Oncológico**

Antes de comenzar, debe tener en su dispositivo una foto por cada lado de su cédula de identidad o un documento que contenga ambas imágenes.

- 1 Abra el correo de FALP y haga clic en el botón **“Firmar documentos”** para comenzar con la firma digital.



- Revise los datos en el formulario de **"Solicitud de cambio de Plan de Convenio Oncológico FALP"**. Si están correctos, diríjase al final y presione en **"Firma Interesado"**.

on 2024

Continuar 150%

ES Más acciones

Dicof_vdig_23ab_b

falp FOLIO N°

SOLICITUD DE CAMBIO DE PLAN DE CONVENIO ONCOLÓGICO FALP

IMPORTANTE: debe ser suscrito única y exclusivamente por el Interesado.

Datos del Interesado

Fecha de suscripción 1 13 23
Día Mes Año

prueba
Nombre completo

1212121212 1 F M 34 30 04 1990 +569 977766612
R.U.T. Sexo Edad Fecha de nacimiento Tel. celular

Correo electrónico particular (obligatorio)

Correo electrónico laboral (opcional)

Dirección Particular

Comuna Santiago Ciudad Región Metropolitana Región

Previsión: Fonasa ☒ Tramo A, B, C, D ☐ Isapre ☐ Nombre Isapre

¿Tiene seguro complementario? SI ☐ NO ☒ Nombre de compañía de seguro

Beneficiarios

1

Nombre completo

R.U.T. Sexo Edad Fecha de nacimiento Parentesco

Previsión: Fonasa ☐ Tramo A, B, C, D ☐ Isapre ☐ Nombre Isapre

2

Nombre completo

R.U.T. Sexo Edad Fecha de nacimiento Parentesco

Continuar

- 3 Para firmar, puede utilizar una de las siguientes 4 opciones: escribir su nombre con el teclado, dibujar la firma, cargar una imagen que la contenga o capturarla con una cámara web. Luego, haga clic en **“Guardar y firmar”**.

MÉDICAMENTE Y LAS DE CADA UNO DE SUS BENEFICIARIOS, HAYAN O NO REQUERIDO TRATAMIENTO, HOSPITALIZADO, EN TRATAMIENTO O SIN TRATAMIENTO, DEBE REGISTRAR LA FECHA DE DIAGNÓSTICO Y SU ESTADO ACTUAL, INCLUSO SI YA SE ENCUENTRA DADO DE ALTA.

MIENTRAS QUE EL BENEFICIARIO SE ENCUENTRA EN TRATAMIENTO, DEBE REGISTRAR LA FECHA DE DIAGNÓSTICO Y SU ESTADO ACTUAL, INCLUSO SI YA SE ENCUENTRA DADO DE ALTA.

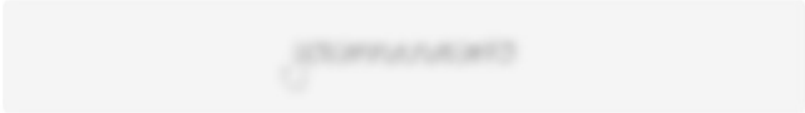
NTO

Crear firma e iniciales

Escribe tu firma e iniciales

Nombre completo

Iniciales



[Cambiar estilo](#) [Cambiar estilo](#)

O BIEN


Dibujar firma
Dibuja tu firma usando tu dispositivo.


Cargar firma
Carga una imagen de tu firma desde tu dispositivo.


Capturar firma
Captura tu firma con una cámara web.

[Cerrar](#)  [Guardar y firmar](#)

FOLIO N°

4

Con el documento ya firmado, haga clic en “**Siguiente documento**”.

Traspasos PV versión 2024
1 de 2 documentos

Siguiente documento 150%

ES Más acciones Iniciar sesión

4 páginas

1

2

3

4

Autorizo a mi empleador a descontar de mi remuneración el monto del aporte correspondiente y a aplicar los reajustes establecidos para la afiliación al Convenio de Protección Oncológica y a renovar automáticamente el Convenio, haciendo uso de este mismo instrumento como modalidad de pago para los períodos posteriores. Se deja constancia que esta autorización es parte integrante de las condiciones particulares de este Convenio.

APORTE Y REAJUSTE
El valor del aporte está estipulado en pesos y será automáticamente reajustado anualmente en el mes de mayo de cada año, según la variación del IPC acumulado, sin importar la fecha en que se suscribió el presente Convenio.
No obstante lo anterior, FALP podrá comunicar reajustes al valor del aporte debido a cambios tecnológicos, aumento del costo de los tratamientos, incorporación de nueva tecnología o procedimientos. La circunstancia anterior deberá ser comunicada con un plazo de 60 días de anticipación al interesado.

Autorizo el siguiente aporte de \$17500 mensual.

☐ Descuento por planilla ☒ PAT Tarjeta de crédito ☐ Efectivo o cheque ☐ Otro

FIRMA INTERESADO

FUNDACIÓN ARTURO LÓPEZ PÉREZ SE RESERVA EL DERECHO DE ACEPTAR O RECHAZAR ESTA SOLICITUD UNA VEZ ANALIZADOS LOS ANTECEDENTES CONTENIDOS EN LA DECLARACIÓN DE SALUD.

Uso interno CONDICIONES PARTICULARES DEL CONVENIO DE PROTECCIÓN ONCOLÓGICA

Tipo de Convenio
☐ CPE ☒ CPI ☐ CPP
☐ Nuevo ☐ Cargo directo ☐ Cargo adicional ☐ Cargo adicional mayor 25 ☒ Traspaso ☐ Actualización datos

Datos generales de la Empresa
Razón social R.U.T. empresa
ID (DNI/RI) Código dirección ROL (Básicamente Serie Salud)

Dirección laboral
Dirección comercial (indique dirección donde trabaja ej: faena, oficina, local, parcela, etc.) N°

Ha completado todos los campos requeridos. Pase al siguiente documento

Siguiente documento

Todos los campos: 5/5
Introducir un número
Introducir un número
Introducir un número
Añadir una firma
Introducir un número
Añadir una firma

5

Ahora, lea el documento de **“Contrato de Protección Oncológica”**. Haga clic en **“Firma”** (aparecerá la firma que creó en el documento anterior) y presione el botón **“Siguiendo documento”** para continuar.

Traspasos PV versión 2024 2 de 2 documentos

Continuar 150%

ES Más acciones Iniciar sesión

5 páginas

1 2 3 4 5 6 7

EL AFILIADO DECLARA CONOCER Y ACEPTAR LOS TÉRMINOS DEL PRESENTE CONTRATO DE PROTECCIÓN ONCOLÓGICA, FIRMANDO PERSONALMENTE EN SEÑAL DE ACEPTACIÓN.

Firma

FIRMA AFILIADO TITULAR

PERIODO DE CARENcia ESPECIAL POR REINCORPORACIÓN EXCEPCIONAL EN CASO DE DESAFILIACIÓN.
Con esta fecha, el Afiliado suscribe el Documento de Ingreso a Convenio Oncológico (FALP (DICO)) y Convenio de Protección Oncológica (CPO). De acuerdo a lo establecido en los términos y condiciones del CPO, todo Beneficiario que sea desafiado del Convenio Oncológico, no podrá reincorporarse al Convenio, salvo en caso excepcional calificado por FALP.
Declarando conocer que, en caso que FALP acepte la reincorporación de él o los Beneficiarios (que incluye su grupo familiar y/o adicional, según lo definido en el CPO), tendrá un periodo de carencia de 120 días corridos contados desde la recepción del primer aporte. Esto significa que, en dicho periodo, el Beneficiario no podrá recibir los beneficios mencionados en el CPO.
Asimismo, en caso de que se manifieste una enfermedad oncológica durante los 120 días que dure el periodo de carencia, dicha enfermedad no será, en ningún tiempo, objeto de los beneficios establecidos en el CPO. Lo establecido en el presente apartado prevalecerá respecto de cualquier otro acuerdo, contrato, convenio o documento celebrado entre el Beneficiario y FALP, en especial el CPO. En consecuencia, lo dispuesto en este apartado reemplaza íntegramente a cualquier otro acuerdo, referencia o mención en lo relativo al periodo de carencia especial, primando los plazos establecidos en este instrumento sobre cualquier otro establecido por el Beneficiario y FALP.

YO, AFILIADO TITULAR DECLARO CONOCER Y ACEPTAR LOS TÉRMINOS DEL PRESENTE APARTADO Y DE LA CLÁUSULA DEL CONTRATO DE PROTECCIÓN ONCOLÓGICA RELATIVA AL PERIODO DE CARENcia ESPECIAL, POR REINCORPORACIÓN, FIRMANDO PERSONALMENTE EN SEÑAL DE ACEPTACIÓN.

Botón >

Firma

FIRMA AFILIADO TITULAR

Ha completado todos los campos requeridos. Pase al siguiente documento

Siguiente documento

Todos los campos: 1/4
Añade una firma +
Añade una imagen +
Añade una imagen +

6

Se desplegará la siguiente pantalla en la que debe adjuntar su cédula de identidad por ambos lados. Presione el botón **“Siguiente documento”** para continuar.

Traspasos PV versión 2024
3 de 3 documentos

Continuar

ES Más acciones Iniciar sesión

CL Titular CO

falcp
FONDO SOLIDARIO

Cédula de identidad titular

Cédula identidad cara anterior *

Arrastra y suelta los archivos aquí
Puedes cargar hasta 5 adjuntos. El tamaño máximo del archivo es de 50 MB.
[Formatos de archivo compatibles](#)

Subir

Cédula identidad cara posterior *

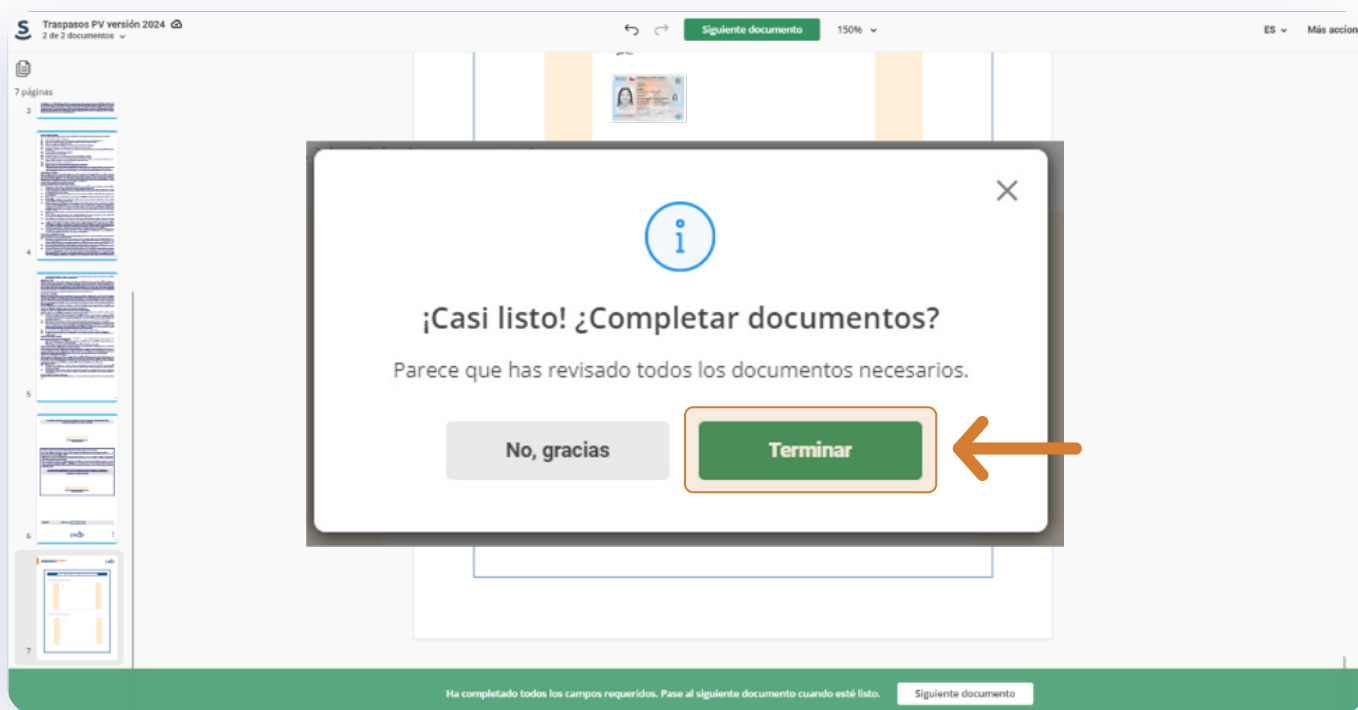
Arrastra y suelta los archivos aquí
Puedes cargar hasta 5 adjuntos. El tamaño máximo del archivo es de 50 MB.
[Formatos de archivo compatibles](#)

Subir

Ha completado todos los campos requeridos. Pase al siguiente documento

Siguiente documento

- 7 Finalmente, se desplegará el siguiente mensaje. Debe hacer clic en "**Terminar**".



8

Ha finalizado su solicitud. Le llegará una notificación a su correo electrónico con el asunto: **“Documentos firmados”**. Prontamente nos contactaremos para dar respuesta.

