

CARTA DE RENUNCIA

[Lugar y fecha]

DE: [Nombre del cotizante]
[RUT]
[Domicilio]

A: ISAPRE

Con la presente carta, les comunico a ustedes que procedo a desahuciar el Contrato de Salud suscrito entre ambos, en los términos que establece el artículo 38 de la Ley N° 18.933. La terminación producirá plenos efectos el día 1° (primero) de y la última cotización a enterar en vuestra ISAPRE será la correspondiente a la remuneración o pensiones de (mes/año).

Atentamente,

[Nombre y firma de cotizante]