**CARTA DESAFILIACIÓN**

**FECHA: XX de XX de 20XX**

DE: **Nombre de cotizante:** XXXXXX XXXX XXXX XXXX

**RUT:**  XX.XXX.XXX-X

**Teléfono:** XXXXXX

**Domicilio:** XXXXXXX, Comuna de XXXX

A: **ISAPRE:** XXXXXXX

Comunico a ustedes que, habiendo transcurrido el plazo mínimo de permanencia que establece la ley o el contrato – de doce meses de vigencia de beneficios o los que se hayan pactado – procede a desahuciar el contrato de salud que he suscrito con esta institución, en los términos que establece el artículo 38 de la Ley Nº 18.933.

Por otra parte, informo a usted que me incorporaré al siguiente organismo de salud previsional:

**ISAPRE XXXXXXXXX**

La última cotización a enterar en esa ISAPRE será la correspondiente a la remuneración o pensión de (MES) de 20XX.

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Firma cotizante** **Huella digital**

1. Esta carta – con las copias que corresponda – podrán presentarse en cualquier oficina de la ISAPRE en que se atienda público, durante su horario habitual de funcionamiento.
2. No se podrá exigir que esta carta contenga información adicional a la establecida en este formato para ser aceptada por la ISAPRE receptora.
3. La ISAPRE deberá pronunciarse sobre la carta en forma inmediata.
4. El afiliado no podrá desahuciar su contrato en los casos en que ha renunciado a este derecho, pactanto la mantención inalterada del mismo por un tiempo determinado.