

SOLICITUD DE AYUDA MÉDICA

NOMBRE AFILIADO/A : _____

RUT : _____ **CELULAR** : _____

CORREO : _____

PREVISIÓN SALUD : **FONASA** **ISAPRE** _____
(Nombre ISAPRE)

SEGUROS* : **CATASTRÓFICO** **HOSPITALARIO**

*Se solicita obligatoriamente marcar los seguros que mantiene contratados en Bienestar. Es importante mencionar que, **si usted ya presentó sus antecedentes en el Seguro y le otorgaron la respuesta, usted deberá presentar la liquidación** y toda la documentación en Bienestar del Personal.

BENEFICIARIO/A : _____

Solicita al Departamento de Bienestar del Personal, la **AYUDA MÉDICA** correspondiente a los antecedentes que se adjuntan.

FIRMA AFILIADO/A

INFORME SECCIÓN BENEFICIOS

(USO EXCLUSIVO DEPARTAMENTO DE BIENESTAR)

MES DE AFILIACIÓN :	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
APORTE AL DÍA :	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
CARGA FAMILIAR :	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
SEGUROS :	CATAST <input type="checkbox"/>	HOSP <input type="checkbox"/>
DUPLICADO :	SI <input type="checkbox"/>	MOTIVO _____

RESPONSABLE

FECHA

NOTA: Los beneficios no retirados en un plazo de 90 días corridos desde la fecha en que se encuentran disponibles para pago, serán abonados a la cuenta corriente si existen compromisos pendientes; en caso contrario, el beneficio será anulado. (Acuerdo del Consejo de Bienestar en julio de 2001).

