

SOLICITUD DE AYUDA MÉDICA

NOMBRE AFILIADO/A

:

RUT

:

CELULAR

:

CORREO

:

PREVISIÓN SALUD

:

FONASA

☐

ISAPRE

☐

(Nombre ISAPRE)

SEGUROS*

:

CATASTRÓFICO

☐

HOSPITALARIO

☐

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

:

APORTE AL DÍA

:

SI

☐

NO

☐

CARGA FAMILIAR

:

SI

☐

NO

☐

SEGUROS

:

CATAST

☐

HOSP

☐

DUPLICADO

:

SI

☐

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).

