

**SOLICITUD PRÉSTAMO MÉDICO**  
**Departamento de Bienestar del Personal**  
**Sección Beneficios**

Fecha solicitud: \_\_\_\_\_

**NOMBRE SOLICITANTE** \_\_\_\_\_

**RUT** \_\_\_\_\_ **FONO IP/ ANEXO** \_\_\_\_\_

**UNIDAD** \_\_\_\_\_ **CORREO** \_\_\_\_\_

**IMPONENTE A** \_\_\_\_\_

Solicita al Departamento de Bienestar del Personal PRÉSTAMO MÉDICO por un monto de:

\$ \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ Meses plazo. Valor cuota: \$ \_\_\_\_\_

¿Se encuentra en proceso para acogerse a retiro? Marque con una x    **sí** \_\_\_\_\_    **no** \_\_\_\_\_

Fecha tentativa (en caso de que su respuesta sea sí) \_\_\_\_\_

Cancelar Programa médico de \_\_\_\_\_

Cancelar factura por diferencia \_\_\_\_\_

Correspondiente a atención médica de \_\_\_\_\_

Emitir Cheque a nombre de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ **FIRMA AFILIADO/A**

**CODEUDORES SOLIDARIOS**

**Nombre** \_\_\_\_\_

**RUT** \_\_\_\_\_

**Unidad** \_\_\_\_\_

**Fono** \_\_\_\_\_

Tomo conocimiento que soy codeudor/a de un/a funcionario/a  
que inició proceso de retiro (completar si corresponde)

**Nombre** \_\_\_\_\_

**RUT** \_\_\_\_\_

**Unidad** \_\_\_\_\_

**Fono** \_\_\_\_\_

Tomo conocimiento que soy codeudor/a de un/a funcionario/a  
que inició proceso de retiro (completar si corresponde)

\_\_\_\_\_ **FIRMA CODEUDOR/A**

\_\_\_\_\_ **FIRMA CODEUDOR/A**

NOTA: Las bonificaciones del Servicio de Bienestar del Personal por pagos realizados con este préstamo al igual que las del Seguro de Enfermedades Catastróficas Zurich deberán ser destinadas a su amortización.

