

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** si _____ 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.

