

SOLICITUD PRÉSTAMO
SERVICIO DE BIENESTAR / 2025

DATOS PERSONALES			
RUT		APELLIDO PATERNO	
APELLIDO MATERNO		NOMBRES	
F. NACIMIENTO		CENTRO DE SALUD	ANEXO
CELULAR			
DIRECCIÓN PARTICULAR			
CORREO ELECTRÓNICO			

CARGO PLANTA CONTRATA FONASA ISAPRE

MOTIVO POR EL CUAL SOLICITA EL PRÉSTAMO	
a) HOSPITALIZACIÓN Y/O ENFERMEDADES CATASTRÓFICAS	b) EMBARGO Y/O CATÁSTROFES CLIMÁTICAS
GASTOS HOSPITALARIOS	EMBARGO
ENFERMEDAD CATASTRÓFICA	SINIESTRO

DOCUMENTOS ADJUNTOS (marque los documentos que presenta)	
GASTOS HOSPITALARIOS	CARTA DE EMBARGO
CERTIFICADO MÉDICO TRATANTE	CERTIFICADO CARABINEROS
BOLETAS	CERTIFICADO BOMBEROS

MONTO SOLICITADO:	N° CUOTAS SOLICITADAS:
-------------------	------------------------

AVAL:	NOMBRE Y APELLIDO:
-------	--------------------

Nota: Si la calidad del Solicitante es Contrato a Plazo fijo, debe adjuntar Formulario con Aval que posea Calidad Plazo Indefinido.

Día	Mes	Año
-----	-----	-----

Firma Afiliado/a

(Adj: Fotocopia de Cédula de Identidad)

USO EXCLUSIVO SERVICIO DE BIENESTAR			
Fecha Ingreso al Servicio Bienestar: / /			
RECHAZADO:	MOTIVO:		
AUTORIZADO:	MONTO:	N° CUOTAS:	
MES INICIO DESCUENTO	MES TÉRMINO DESCUENTO		

Observaciones Trabajador/a Social