

## SOLICITUD DE BENEFICIOS SERVICIO DE BIENESTAR / 2024

IDENTIFICACIÓN AFILIADO/A			
RUT	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES
F. NACIMIENTO	CENTRO DE SALUD	ANEXO	CELULAR
EMAIL			CARGO
PLANTA <input type="checkbox"/>	CONTRATA <input type="checkbox"/>	FONASA <input type="checkbox"/>	ISAPRE <input type="checkbox"/>

**BENEFICIO SOLICITADO** ( marque solo un beneficio por formulario)

El funcionario(a) individualizado(a) solicita al Comité del Servicio de Bienestar el Beneficio de:

- Reembolso de Gastos Médicos     
  Subsidio Nacimiento     
  Subsidio Incendio  
 Subsidio Matrimonio     
  Subsidio Fallecimiento

**IDENTIFICACIÓN DE QUIEN ACTIVA LA SOLICITUD:** (si es Reembolso de Salud, Debe Ser Carga Acreditada)

Rut	Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre

**DOCUMENTOS ADJUNTOS** ( marque los documentos que presenta)

- Bonos Consulta     
  Epicrisis     
  Certificado Matrimonio  
 Bonos Exámenes     
  Documentos Dentales     
  Certificado AUC  
 Boletas     
  Certif Medicina Complementaria     
  Certificado Nacimiento  
 Receta Médica     
  Documentos Reembolsados     
  Certificado Defunción  
 Orden Médica

Día	Mes	Año

\_\_\_\_\_  
Firma Afiliado/a

### USO EXCLUSIVO SERVICIO DE BIENESTAR

Fecha Ingreso al Servicio: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

BENEFICIOS MÉDICOS	
Item	Monto \$
Consultas Médicas	
Intervenciones Quirúrgicas	
Hospitalización	
Exámenes de Laboratorio y Procedimientos	
Atención Odontológica: Ortodoncia, Periodoncia, Endodoncia	
Medicamentos	
Atención Psicológica	
Aparatos Ortopédicos, Prótesis, Órtesis y Audífonos	
Anteojos de Corrección	
<b>Subtotal</b>	

BENEFICIOS SOCIALES	
Item / Valor UTM:	Monto \$
Subsidio Matrimonio	
Subsidio Nacimiento	
Subsidio Fallecimiento	
Subsidio Incendio	
<b>Subtotal</b>	

**TOTAL DE BENEFICIOS \$**