

SOLICITUD DE BENEFICIOS SERVICIO DE BIENESTAR DE SALUD / 2026

IDENTIFICACIÓN AFILIADO/A (Completar Arriba del Dato Solicitado)			
RUT	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES
F. NACIMIENTO	CENTRO DE SALUD	ANEXO	CELULAR
EMAIL			CARGO
PLANTA ☐	CONTRATA ☐	FONASA ☐	ISAPRE ☐

BENEFICIO SOLICITADO:

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 Legal, acreditada en la C.C. Los Héroes)

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 DE SALUD

Fecha Ingreso al Servicio: / /

SALDO \$

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	
Subtotal	

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

TOTAL DE BENEFICIOS \$	
------------------------	--