

SOLICITUD PRÉSTAMO
SERVICIO DE BIENESTAR / 2026

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_____