

**SOLICITUD DE BENEFICIOS**

AFILIADO/A	ISAPRE	<input type="checkbox"/>	FONASA	<input type="checkbox"/>
------------	--------	--------------------------	--------	--------------------------

**I.- IDENTIFICACIÓN DEL/LA AFILIADO/A**

La información debe ser ingresada obligatoriamente y es de responsabilidad del/la afiliado/a completar íntegramente todos los antecedentes solicitados.

_____	_____	_____
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE
_____	_____	_____
RUT	TELEFONO	CORREO ELECTRÓNICO
_____	_____	_____
		FIRMA AFILIADO

**II.- INFORME BIENESTAR**

A.- Cumple con lo establecido en la Normativa de Beneficios Sociales y sus modalidades de Concesión Vigente. **SI**  **NO**

OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

B.- COTIZACIONES 1 MES  3 MESES

\_\_\_\_\_  
**V°B° ADMINISTRATIVA INFORMANTE  
UNIDAD DE BIENESTAR INTEGRAL**

\_\_\_\_\_  
**JEFA UNIDAD DE BIENESTAR INTEGRAL**