**SOLICITUD DE BENEFICIOS 2024**

Nombre Funcionario : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Rut : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha de Solicitud : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Centro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fono Contacto : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ E-Mail de Contacto: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sistema de Salud : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Posee seguro complementario BCI:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Según lo dispuesto en el Reglamento del Servicio de Bienestar, solicito la asignación del siguiente beneficio:**

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Nombre Causante Beneficio** :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|   |  |   |   |   |
| **B E N E F I C I O S** | **MONTO** | **Acompaña Documento (MARQUE CON UNA X)** |
| **SI** | **NO** |
| **NACIMIENTO**  | **$70.000** |  |   |
| **MATRIMONIO - ACUERDO UNION CIVIL** | **$65.000** |   |   |
| **FALLECIMIENTO DE PADRES** | **$100.000** |   |   |
| **FALLECIMIENTO CONVIVIENTE O CÓNYUGE DECLARADO(A), PAREJA DECLARADA, HIJOS** | **$250.000** |   |   |
| **FALLECIMIENTO AFILIADO** | **$500.000** |   |   |
|  **LENTES CRISTALES / CONTACTO OPTICOS.** | **$45.000** |    |   |
| **INCENDIO TOTAL** | **$500.000** |  |  |
| **INCENDIO PARCIAL** | **$350.000** |  |  |
| **HOSPITALIZACIÓN** | **$60.000** |  |  |
| **APORTE FAMILIAR CATASTROFICO** | **$300.000** |  |  |
| **DENTAL** | **$120.000** |  |  |
| **PRESTAMO DE AUXILIO**  | **(TOPE) $500.000** |  |  |

Documentos que acompaña: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Total a Reembolsar: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Dental y Lentes**

|  |  |
| --- | --- |
| Saldo total Beneficio |  |
| N° Beneficio |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 **Firma Afiliado Delegado de Bienestar**

Representante Comité que Gestiona: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_