**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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_