



**SOLICITUD DE
 BONIFICACIÓN DE GASTOS MÉDICOS**

N° FOLIO	
----------	--

Fecha solicitud	
-----------------	--

IDENTIFICACIÓN DEL SOCIO/A

RUT										-	
-----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---	--

Socio(a) Activo		Socio (a) Jubilado	
-----------------	--	--------------------	--

Nombres		Apellido Paterno				Apellido Materno			
Teléfono		Correo Electrónico							
Previsión de Salud:	FONASA		ISAPRE		¿Posee seguro complementario?	SI		NO	
A nombre de quien solicita bonificación	Socio(a)		Carga familiar		Detallar antecedentes de la carga en recuadro				

CARGA FAMILIAR

Nombre y apellidos	RUT	Vigencia Carga Familiar Hasta:

Item	Cant. Documentos
Consultas Medicas	
Intervención Quirúrgica/ Anestesiista/Arsenalería	
Hospitalizaciones/Día Cama	
Exámenes De Laboratorio	
Atención Odontológica	
Medicamentos	
Implantes (Prótesis - órtesis)	

Item	Cant. Documentos
Marcapasos	
Tratamientos Médicos Especializados	
Anteojos/Lentes	
Contacto/Audífonos Ortopédicos	
Atención De Urgencia/Primeros Auxilios/Enfermería	
Atención Obstétrica	
Traslado De Enfermos(Ambulancia O Vehículo Sanitario)	
Insumos	

(marcar a nombre de quien se solicita el reembolso y cantidad de documentos que adjunta)

Observaciones:

Firma de socio(a) solicitante

Firma/nombre/fecha Que recepciona

USO EXCLUSIVO DEL SERVICIO DE BIENESTAR

Fecha Revisión documentos		Revisor(a) Documentos		Firma Revisor(a) documentos	
Fecha calculo reembolso		Calculador(a) reembolso		Firma Revisor(a) Reembolso	

AUTORIZADO POR
 (Nombre y firma Encargado Bienestar)