

**SOLICITUD DE BENEFICIOS**

AFILIADO/A

ISAPRE

☐

FONASA

☐

**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