

SERVICIO DE SALUD ACONCAGUA
SUBDIRECCIÓN DE LAS PERSONAS
DPTO. CALIDAD DE VIDA LABORAL
UNIDAD DE BIENESTAR INTEGRAL/

FECHA RECEPCIÓN: ESTABLECIMIENTO: _____

FECHA RECEPCIÓN S. DE BIENESTAR: _____

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 **SI** **NO** Beneficios Sociales y sus modalidades de Concesión Vigente.

OBSERVACIONES: _____ FECHA: _____

B.- COTIZACIONES

1 MES

3 MESES

V°B° ADMINISTRATIVA INFORMANTE
UNIDAD DE BIENESTAR INTEGRAL

JEFA UNIDAD DE BIENESTAR INTEGRAL