

SOLICITUD DE BENEFICIO

CALLE LARGA, _____

A: SERVICIO BIENESTAR SALUD
I. MUNICIPALIDAD DE CALLE LARGA

1. YO, _____ RUT _____ en mi calidad de afiliado al Servicio de Bienestar Salud de la I. Municipalidad de Calle Larga, solicito el pago del siguiente beneficio:

MARQUE CON UNA X EN EL CASILLERO			
BONO ESCOLAR	<input type="checkbox"/>	Pre-Básica	1.0 UF
	<input type="checkbox"/>	Básica	1.5 UF
	<input type="checkbox"/>	Media	2.0 UF
	<input type="checkbox"/>	Superior	3.0 UF
AYUDAS SOCIALES	<input type="checkbox"/>	Nacimiento	2.0 UF
	<input type="checkbox"/>	Matrimonio	2.0 UF
	<input type="checkbox"/>	Fallecimiento A	4.0 UF
	<input type="checkbox"/>	Fallecimiento B	1.0 UF
BONO SALUD (Especificar en detalle documentos adjuntos)	<input type="checkbox"/>	Atención Profesional	\$150.000
	<input type="checkbox"/>	Exámenes	
	<input type="checkbox"/>	Medicamentos	
	<input type="checkbox"/>	Prótesis	

2. Con el fin de dar respaldo a mi solicitud declaro en este acto, adjuntar la siguiente documentación:

MONTO TOTAL SOLICITADO \$ _____

El solicitante declara que los datos y documentos proporcionados para el cobro del beneficio son fidedignos y que se han deducido cualquier beneficio o reembolso a que tenga derecho por parte de la entidad de salud a la que se encuentra afiliado por ley, seguro de vida, seguro complementario de salud u otros.

FIRMA SOLICITANTE