



____	____	____
Día	Mes	Año

SOLICITUD DE BENEFICIO Y/O SUBSIDIO

Nombre: _____

Establecimiento: _____

R.U.T _____

DETALLE

BENEFICIOS MÉDICOS

Consultas Médicas

Exámenes de Laboratorio

Radiografías

Atenciones Dentales

SUBSIDIOS

Nupcialidad

Fallecimiento

Adquisición de Lentes ópticos

Natalidad

Adjunta los siguientes documentos: _____

DATOS BANCARIOS

Nombre de Banco _____

Tipo de Cuenta _____

Número de Cuenta _____

Correo Electrónico _____

Monto Aprobado: _____

Firma Solicitante

Observaciones: _____

Rancagua, ____ de _____ de 20 ____

Firma del Directorio

Firma Jefe Servicio Bienestar

