



SOLICITUD DE BONIFICACIÓN EN SALUD

MEDIANTE EL PRESENTE SOLICITO BONIFICACIÓN EN SALUD Y DECLARO NO REALIZAR ENRIQUECIMIENTO OBTENIDO POR MEDIOS ILÍCITOS, AJUSTANDOME AL REGLAMENTO DEL SERVICIO DE BIENESTAR DE APS-CORMUDESI, POR LO CUAL PRESENTO LA SIGUIENTE INFORMACIÓN

ANTECEDENTES SOCIO AFILIADO		
Nombre Completo:		Rut:
Lugar de Trabajo:	Teléfono:	Previsión Social:

ANTECEDENTES CARGA LEGAL (1) BENEFICIARIO		
Nombre Completo:		Rut :
Parentesco:	Edad :	Escolaridad:

ANTECEDENTES CARGA LEGAL (2) BENEFICIARIO		
Nombre Completo:		Rut :
Parentesco:	Edad :	Escolaridad:

SOLICITO EL REEMBOLSO DE LOS SIGUIENTES GASTOS EFECTUADOS (marque con una X)

MEDICAMENTOS	<input type="checkbox"/>	INSUMOS MEDICOS	<input type="checkbox"/>
BONO CONSULTA	<input type="checkbox"/>	HONORARIOS MEDICO/PROFESIONAL SALUD	<input type="checkbox"/>
EXÁMENES	<input type="checkbox"/>	ODONTOLÓGICOS	<input type="checkbox"/>
LENTES ÓPTICOS	<input type="checkbox"/>	APARATOS ORTOPÉDICOS/AUDITIVOS/OTROS	<input type="checkbox"/>
HOSPITALIZACIÓN	<input type="checkbox"/>	PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS	<input type="checkbox"/>

ADJUNTO LA SIGUIENTE DOCUMENTOS RESPALDANDO MI SOLICITUD

Firma Afiliado/a

USO EXCLUSIVO CONTABILIDAD SERVICIO DE BIENESTAR	
Tipo de Bonificación	
Monto Bonificado	\$

Vº Bº CONTADOR BIENESTAR

Vº Bº ENCARGADO
SERVICIO BIENESTAR APS