



REGLAMENTO INTERNO DEL SERVICIO DE BIENESTAR DEL CONSEJO NACIONAL DE LA CULTURA Y LAS ARTES PARA LA ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS.

REGLAMENTO INTERNO DEL SERVICIO DE BIENESTAR DEL CONSEJO NACIONAL DE LA CULTURA Y LAS ARTES PARA LA ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS.

VISTOS:

- Lo dispuesto en los Art. 29° letra h) del Decreto Supremo N° 28/1994, Reglamento General Servicios de Bienestar; que establece que será función del Consejo Administrativo:
h) Dictar Reglamentos internos, en los que se fijen normas y procedimientos específicos que faciliten el mejor desenvolvimiento del Servicio de Bienestar y el adecuado resguardo del ejercicio de los derechos de los afiliados;
- Decreto Supremo N° 13/2011, Reglamento del Servicio de Bienestar del Consejo Nacional de la Cultura y las Artes.
- Oficio N° 79936 de fecha 18 de diciembre de 2013, de la Superintendencia de Seguridad Social, que aprueba el Presupuesto del Servicio de Bienestar para el año 2014.
- Acta de reunión ordinaria del mes de enero 2014 del Consejo Administrativo del Servicio de Bienestar del Consejo Nacional de la Cultura y las Artes, que aprueba el presente reglamento.

FIJANSE, los siguientes beneficios y los respectivos procesos para su otorgación por parte del Servicio de Bienestar del Consejo Nacional de la Cultura y las Artes, a contar del 01 de enero de 2014, lo anterior aprobado en la sesión ordinaria de enero del Consejo Administrativo del Servicio de Bienestar del Consejo Nacional de la Cultura y las Artes.

TÍTULO 1: DE LA ATENCIÓN MÉDICA Y ODONTOLÓGICA

El Servicio de Bienestar podrá otorgar beneficios de carácter médico y odontológico a sus afiliados y cargas familiares, en la medida que sus recursos lo permitan, tienen el carácter de complementarios al sistema de salud previsional. En este sentido, el Servicio de Bienestar no podrá reembolsar el porcentaje de gastos cubiertos por los excedentes de las Instituciones Previsionales de Salud.

Los beneficios de carácter médico que otorga el Servicio de Bienestar están orientados a la medicina curativa.

Podrán acceder a los beneficios médicos aquellos socios que tengan uno o más meses de antigüedad en el Servicio de Bienestar (**después del primer descuento**) y que se encuentren con sus cotizaciones al día.

El Servicio de Bienestar, en la eventualidad que sus recursos lo permitan, contratará un seguro de salud para solventar gastos de ellos y sus cargas, no cubiertas por los sistemas de salud previsional.

Será el seguro de salud contratado el primer y exclusivo sistema de reembolso de gastos de salud complementario.

En caso de que los gastos de salud establecidos en el reglamento particular y general, no sean cubiertos por el seguro contratado por el Servicio de Bienestar, se reembolsará un porcentaje de los gastos médicos incurridos por el afiliado como se indica a continuación, después de haber hecho uso de los beneficios de la institución de salud en que cotiza.

Para acceder a los beneficios médicos se deben presentar:

- Solicitud de Beneficio
- Documentos originales que acrediten el gasto de salud y **cuya fecha de emisión no superen los seis meses.**

Artículo 1° Consulta Médica, Consulta médica domiciliaria, Junta Médica e Interconsulta.

Se reembolsará el copago (valor cancelado por el afiliado) de la siguiente manera:

- a) Bono de FONASA: 50% del copago, hasta el monto establecido para la prestación en el Arancel Nivel 1, Libre Elección de FONASA.
- b) Bono o reembolso de ISAPRE: 50% del copago, hasta el monto establecido para la prestación en el Arancel Nivel 1, Libre Elección de FONASA.
- c) Consulta Particular: 25% del valor de prestación

La bonificación se otorgará sólo si se cumplen las siguientes exigencias administrativas y requisitos:

- a) Solicitud de beneficios con los datos requeridos y firma del afiliado.
- b) Adjuntar a la solicitud, según corresponda, lo siguiente:
 - Copia (NO fotocopia) de los bonos de FONASA o ISAPRE con firma y timbre de la institución o profesional,
 - Copia (NO fotocopia) de la solicitud de reembolso de la ISAPRE
 - La boleta de servicio u honorarios (en original, con firma y timbre) extendida por el profesional que señale claramente, el nombre completo del paciente atendido, el tipo de consulta realizada y la fecha de la atención, con el timbre de la institución previsional “no reembolsable”
 - Comprobante de recaudación del Hospital a nombre del paciente, con el detalle de la consulta, fecha y valor cancelado.

Tope anual por grupo familiar: 5.000.-

Artículo 2° Programa de Intervención Quirúrgica y Atención Obstétrica.

Se bonificará del valor cancelado por el afiliado en programa de intervención quirúrgica, que incluya prestaciones entregadas por cirujanos, anestesistas, arsenalera, derecho a pabellón, hospitalización, exámenes, insumos y medicamentos requeridos para la intervención.

El reembolso se realizará de la siguiente manera:

- a) Bono(s) de FONASA: 50% del copago, hasta el monto establecido para la prestación en el Arancel Nivel 1, Libre Elección de FONASA.
- b) Bono(s) o reembolso de ISAPRE: 50% del copago, hasta el monto establecido para la prestación en el Arancel Nivel 1, Libre Elección de FONASA.
- c) Atenciones Particulares: 25% del valor de prestación, hasta el monto establecido en el Arancel Nivel 1, FONASA.

La bonificación se otorgará sólo si se cumplen las siguientes exigencias administrativas y requisitos:

- a) Solicitud de beneficios con los datos requeridos y firma del afiliado.
- b) Adjuntar a la solicitud según corresponda:
 - Copia (NO fotocopia) de los bonos de FONASA o ISAPRE con firma y timbre de la institución o profesional,
 - Copia (NO fotocopia) de la solicitud de reembolso de la ISAPRE

- La boleta de servicio (original, con firma y timbre) extendida por el profesional que señale claramente, el nombre completo del paciente atendido, el detalle de la intervención o atenciones realizadas y la fecha.
- Comprobante de recaudación del Hospital a nombre del paciente, con el detalle de la intervención, fecha y valor cancelado.
- Facturas con identificación del paciente, institución que otorga la atención y detalle de la intervención.
- Programa de atención, en el cual se señale claramente el tipo de intervención, el equipo quirúrgico participante con su detalle y el nombre completo del paciente, sin perjuicio de los demás antecedentes que el programa requiere completar.
- En caso de insumos y/o medicamentos, se deberá adjuntar listado con detalle de ello y valores correspondientes, por parte de la institución que otorga la prestación.

La intervención no puede ser de carácter estético o dental.

Tope anual por grupo familiar: \$5.000.-

Tope por Grupo Familiar al año por parto de carga familiar: \$120.000.-

Artículo 3° Exámenes de Laboratorio, Rayos X, Especializados e Histopatológicos de carácter medico.

Se bonificará del valor cancelado por el afiliado en exámenes de laboratorio, rayos X, especializados, histopatológicos de carácter médico y los insumos utilizados para realizar los exámenes (ej. medio de contraste, glucosa, etc.) que hayan sido solicitados por médico tratante.

El reembolso se realizará de la siguiente manera:

- a) Bono(s) de FONASA: 50% del copago, hasta el monto establecido para la prestación en el Arancel Nivel 1, Libre Elección de FONASA.
- b) Bono(s) o reembolso de ISAPRE: 50% del copago, hasta el monto establecido para la prestación en el Arancel Nivel 1, Libre Elección de FONASA.
- c) Atenciones Particulares: 25% del valor de prestación, hasta el monto establecido en el Arancel Nivel 1, FONASA.

La bonificación se otorgara sólo si se cumplen las siguientes exigencias administrativas y requisitos:

- a) Solicitud de beneficios con los datos requeridos y firma del afiliado.
- b) Adjuntar a la solicitud, según corresponda:
 - Copia (NO fotocopia) de los bonos de FONASA o ISAPRE con firma y timbre de la institución o profesional que realiza el examen.
 - Copia (NO fotocopia) de la solicitud de reembolso de la ISAPRE
 - La boleta de servicio (original, con firma y timbre) que señale claramente el nombre completo del paciente atendido, el tipo de examen realizado y la fecha. En este caso se requerirá además la orden o receta médica, donde se señale claramente, él o los exámenes requeridos, el nombre completo del paciente y la fecha en que la extiende.
 - Comprobante de recaudación del Hospital a nombre del paciente, con el detalle de la prestación, fecha y valor cancelado.
 - Facturas con identificación del usuario e institución que otorga la atención. En este caso se requerirá además la orden o receta médica, donde se señale claramente, él o los exámenes requeridos, el nombre completo del paciente y la fecha en que la extiende.

Tope anual por grupo familiar: \$5.000.-

Artículo 4° Tratamiento Especializado.

Se bonificará el valor cancelado por el afiliado en tratamientos realizados por personal profesional o técnico autorizado de colaboración médica, a los que hayan sido derivados por un médico tratante.

Se incluyen dentro de este ítem las siguientes prestaciones: Terapia Ocupacional, Kinesioterapia, Mesoterapia, Fisioterapia, Psicología, Psiquiatría, Fonoaudiología, Psicopedagogía, Inmunoterapia, Hemodiálisis, Diálisis, Nutriólogo, Nutricionista etc.

El reembolso se realizará de la siguiente manera:

- a) Bono(s) de FONASA: 50% del copago, hasta el monto establecido para la prestación en el Arancel Nivel 1, Libre Elección de FONASA.
- b) Bono(s) o reembolso de ISAPRE: 50% del copago, hasta el monto establecido para la prestación en el Arancel Nivel 1, Libre Elección de FONASA.
- c) Atenciones Particulares: 25% del valor de prestación, hasta el monto establecido en el Arancel Nivel 1, FONASA.

La bonificación se otorgará sólo si se cumplen las siguientes exigencias administrativas y requisitos:

- a) Solicitud de beneficios con los datos requeridos y firma del afiliado.
- b) Adjuntar a la solicitud, según corresponda:
 - Copia (NO fotocopia) de los bonos de FONASA o ISAPRE con firma y timbre de la institución o profesional,
 - Copia (NO fotocopia) de la solicitud de reembolso de la ISAPRE
 - La boleta de servicio u honorario (en original, con firma y timbre) extendida por el profesional que señale claramente, el nombre completo del paciente atendido, el tipo de tratamiento realizado y la fecha de la atención. En este caso debe adjuntar además la Interconsulta o derivación del médico.
 - Comprobante de recaudación del Hospital a nombre del paciente, con el detalle de la prestación, fecha y valor cancelado.
 - Facturas con identificación del paciente e institución que otorga la atención.
 - **En este caso debe adjuntar además la Interconsulta o derivación del médico.**

Tope anual por grupo familiar: \$5.000.-

Artículo 5° Anteojos.

Se reembolsará del valor cancelado por el afiliado, siempre que exista una prescripción del Oftalmólogo o Tecnólogo Médico con mención en oftalmología, ya sea por la indicación de lentes simples, o dos pares de lentes, o lentes bifocales, o lentes multifocales, o lentes de contacto, o reparaciones de marcos y reposición cristales.

El reembolso se realizará de la siguiente manera:

- a) Bono FONASA o ISAPRE o Particular: 50% del Copago.

La bonificación se otorgará sólo si se cumplen las siguientes exigencias administrativas y requisitos:

- a) Solicitud de beneficios con los datos requeridos y firma del afiliado.
- b) Adjuntar a la solicitud, según corresponda:
 - Copia (NO fotocopia) de los bonos de FONASA o ISAPRE con firma y timbre de la institución o profesional, más la fotocopia de la boleta y de la orden médica.

- Copia (NO fotocopia) de la solicitud de reembolso de la ISAPRE, más la fotocopia de la boleta y de la orden médica.
- La boleta de venta (en original) que señale claramente, el nombre completo del paciente, el tipo de lentes adquiridos (en concordancia con la receta) y la fecha, más la receta u orden medica original que indique el nombre del paciente, la fecha y con firma y timbre del oftalmólogo o tecnólogo médico
- Facturas con identificación del cliente, el tipo de lentes adquiridos (en concordancia con la receta) y la fecha más la receta u orden medica original que indique el nombre del paciente, la fecha y con firma y timbre del oftalmólogo o tecnólogo médico.

Tope anual por grupo familiar: \$5.000.-

Artículo 6° Atención Odontológica.

Se reembolsará del valor cancelado por el afiliado, todas aquellas atenciones de carácter odontológico, para él y sus cargas familiares, tales como: Consultas dental, obturaciones, RX dentales, exodoncia, endodoncia, periodoncia, ortodoncia, prótesis, coronas, destartraje, etc.

El reembolso se realizará de la siguiente manera:

- a) 50% de copago

La bonificación se otorgará sólo si se cumplen las siguientes exigencias administrativas y requisitos:

- a) Solicitud de beneficios con los datos requeridos y firma del afiliado.
- b) Adjuntar a la solicitud, según corresponda:
 - La boleta de servicio u honorario (en original) que señale claramente, el nombre completo del paciente, el tipo de atención realizada, la fecha, e identificación del profesional.
 - Facturas con identificación del cliente, el tipo de atención realizada y la fecha, e identificación del profesional.
 - Presupuesto original claramente detallado y valorado extendido por el profesional a nombre del Paciente.

Tope anual por grupo familiar: \$ 150.000 al año.

Artículo 7° Medicamentos.

Se bonificará por concepto de medicamentos aquellos productos que ayudan **a recuperar la salud.**

Por lo tanto, se exceptuarán homeopatías, jabones especiales, filtros solares, cremas faciales, sustitutos alimenticios, tratamientos para adelgazar, productos para el cuidado e higiene del niño, productos de estética e instrumental de apoyo para el control de una enfermedad (termómetro, vaporizador, etc.).

No obstante lo anterior, se reembolsaran los siguientes productos:

- a) Medicamentos o productos dermatológicos sólo se reembolsarán cuando sean recetados por un profesional de la especialidad "Dermatólogo".
- b) En cuanto a la bonificación de enjuagatorios, cepillos y pastas dentales, está se realizará sólo cuando tengan finalidades terapéuticas correctivas, y ello se encuentre debidamente acreditado con el correspondiente informe médico.

- c) En el caso de productos homeopáticos, se reembolsarán sólo cuando sean indicados en tratamiento curativo de una enfermedad por un profesional de la medicina, y ello se encuentre acreditado por el correspondiente informe médico.

El reembolso se realizará de la siguiente manera:

- a) 50% de lo cancelado por el afiliado
- b) Solo se reembolsará la cantidad indicada en la receta

La bonificación se otorgará sólo si se cumplen las siguientes exigencias administrativas y requisitos:

- a) Solicitud de beneficios con los datos requeridos y firma del afiliado.
- b) Boleta de la farmacia original timbrada junto con la receta en forma cruzada. La boleta debe permitir ver claramente los productos adquiridos (en concordancia con la receta), el valor cancelado y la fecha. Las boletas que no traen detalle deben adjuntarlo.
- c) Receta médica original con identificación del paciente, fecha y médico tratante (con firma y timbre del médico). Debe indicar cantidad y medicamentos recetados.

En el caso de medicamentos de uso prolongado y/o permanente por tratamiento, el médico debe indicar en la receta el periodo de uso, el que no podrá ser superior a seis meses, debiendo solicitar una nueva receta luego de este período. En esta situación el primer reembolso solicitado debe traer la receta original y en las siguientes se aceptaran fotocopias.

En el caso de medicamentos con receta retenida se aceptará copia de la receta, la cual deberá venir con timbre de la farmacia que diga receta retenida. En los casos de las farmacias que no posean este timbre deberán ser firmadas y timbradas por el químico farmacéutico indicando que la receta original fue retenida.

Tope anual por grupo familiar por medicamentos aleopáticos: \$5.000.- al año.

Tope anual por grupo familiar de productos homeopáticos: 30.000.- anual por grupo familiar.

Tope anual por grupo familiar de productos dermatológicos: 30.000.- anual por grupo familiar.

Artículo 8° Insumos.

Se reembolsará del valor cancelado por el afiliado, todos aquellos insumos médicos requerido o indicado por un profesional, tales como: primeros auxilios, toma de muestras, entre otros. Se entenderá como insumos algodón, gasa, tela adhesiva, vendas, estéril strip, jeringa, entre otros.

El reembolso se realizará de la siguiente manera:

- a) 50% de lo cancelado por el afiliado

La bonificación se otorgará sólo si se cumplen las siguientes exigencias administrativas y requisitos:

- a) Solicitud de beneficios con los datos requeridos y firma del afiliado.
- b) Boleta o factura que indiquen las cantidades y productos adquiridos (en concordancia con la receta), el valor cancelado y la fecha. Las boletas que no traen detalle deben adjuntarlo.
- c) Receta médica original con identificación del paciente, fecha y médico tratante (con firma y timbre del médico). Debe indicar cantidad y productos indicados.

Tope anual por grupo familiar: \$5.000.- al año.

Artículo 09° Traslados.

Se reembolsará del valor cancelado por el afiliado en traslados exclusivos, por problemas de salud, cuando afiliado o sus cargas familiares concurra por iniciativa propia o haya sido derivado.

El reembolso se realizará de la siguiente manera:

- a) Sistema FONASA: 50% del copago, hasta el monto establecido para la prestación en el Arancel Nivel 1, Libre Elección de FONASA.
- b) Sistema ISAPRE: 50% del copago, hasta el monto establecido para la prestación en el Arancel Nivel 1, Libre Elección de FONASA.
- c) Atenciones Particulares: 25% del valor de la prestación, hasta el monto establecido en el Arancel Nivel 1 FONASA.

La bonificación se otorgará sólo si se cumplen las siguientes exigencias administrativas y requisitos:

- a) Solicitud de beneficios con los datos requeridos y firma del afiliado.
- b) Pasajes originales correspondientes al traslado que indique nombre del paciente, lugar de salida y llegada, fecha y monto cancelado.
- c) Citación del médico, derivación o bono o boleta de honorario del médico.
- d) A las cargas familiares menores de edad, se le cancelará el traslado del menor y de un acompañante.

Tope anual por grupo familiar: \$ 5.000 al año.

Artículo 10° Cuenta general en beneficios médicos

Monto máximo a bonificar por el Servicio de Bienestar, en los beneficios de carácter médico:

Tope en gastos médicos generales por Grupo Familiar al año): \$5.000

Tope anual por parte de carga familiar: \$150.000.-

Tope anual por grupo familiar en productos homeopáticos y/o dermatológicos): \$40.000.-

Tope anual por grupo familiar anual por atenciones odontológicas siempre será: \$150.000.-

Si algún socio llegara a percibir montos superiores a los topes establecidos ya sea, en la cuenta de cada beneficio, como en la cuenta general; el Servicio de Bienestar procederá a descontar de sus remuneraciones los montos cancelados indebidamente.

TÍTULO II: DE LOS SUBSIDIOS

Artículo 11° Antecedentes Generales:

Podrán acceder a los subsidios aquellos socios que tengan seis o más meses de antigüedad en el Servicio de Bienestar (**a contar de la fecha del primer descuento ingresado a Bienestar**) y que se encuentren con sus aportes al día.

El derecho a solicitar los subsidios se extingue luego de transcurridos seis meses, desde la fecha en que haya ocurrido el hecho constitutivo de la causal que se invoque para solicitarlo.

Para acceder a los subsidios se deben presentar la solicitud correspondiente y los documentos originales, **cuya fecha de emisión no superen los seis meses.**

Artículo 12° El Servicio de Bienestar podrá conceder, siempre que sus recursos lo permitan ayudas en dinero o en especies, no sujetas a restitución, por las causales que se indican:

1. Nacimiento o Adopción
2. Matrimonio
3. Fallecimiento
4. Educación
5. Becas de Estudio
6. Ayuda Médica
7. Catástrofe
8. Desgravamen

Artículo 13° Nacimiento o Adopción

Por el nacimiento de cada hijo se asignará una ayuda de \$ 50.000.-

La bonificación se otorgara sólo si se cumplen las siguientes exigencias administrativas y requisitos:

- a) Presentar lo siguiente documentos:
 - Solicitud de beneficios con los datos requeridos y firma del afiliado.
 - Certificado de nacimiento (original) o resolución judicial que acredite la tuición
- b) En el caso de la adopción, la ayuda podrá solicitarse una vez que se haya otorgado la tuición para la adopción de un hijo.
- c) En caso que ambos padres sean afiliados al Servicio de Bienestar el beneficio, se pagará el beneficio al afiliado que lo registre como carga familiar.

Artículo 14° Matrimonio

Se asignará un Subsidio de \$ 30.000.- al afiliado que acredite haber contraído matrimonio.

La bonificación se otorgará sólo si se cumplen las siguientes exigencias administrativas y requisitos:

- a) Presentar los siguientes documentos:
 - Solicitud de beneficios con los datos requeridos y firma del afiliado.
 - Certificado de matrimonio (original)
- b) En caso que ambos cónyuges sean afiliados al Servicio de Bienestar el beneficio puede ser solicitado independiente por cada uno de ellos.

Artículo 15° Fallecimiento

Se concederá una ayuda de \$100.000.- por el fallecimiento de cada una de las cargas familiares del afiliado, incluido el mortinato, a partir del 5° mes de gestación y del hijo recién nacido, que no haya sido reconocido como carga familiar.

Serán requisitos para obtener el beneficio:

- Solicitud de beneficios con los datos requeridos y firma del afiliado.
- Certificado de defunción (original)

Artículo 16° Educación

Se asignará una asignación de educación a los afiliados y cargas familiares que sigan estudios regulares en establecimientos del Estado o reconocido por éste, por los siguientes montos.

- a) Enseñanza Pre-básica y Básica : \$ 50.000.
- b) Enseñanza Media : \$ 50.000.
- c) Enseñanza Universitaria : \$ 60.000.

La bonificación se otorgará sólo si se cumplen las siguientes exigencias administrativas y requisitos:

- a) Presentar los siguientes documentos:
 - Solicitud de beneficios con los datos requeridos y firma del afiliado.
 - Certificado de alumno regular (original)
- b) Se ha indicado que debe entenderse por cursos regulares aquellos a través de los cuales, y en los períodos que se fijan en los respectivos planes de enseñanza, se obtengan los conocimientos necesarios para optar a un título o diploma que se otorga como culminación de tales estudios.

Cabe considerar enseguida, que la educación formal o regular está organizada en cuatro niveles: parvularia, básica, media y superior y que en detalle los siguientes programas dan origen al bono:

- Diplomados y post Títulos – Magíster, Doctorados
- Tesis de grado y prácticas profesionales, en tanto sean alumnos regulares del programa que siguen
- Alumnos de escuelas de las fuerzas armadas y de Orden Y Seguridad

No originan el beneficio los siguientes programas:

- Estudios en seminario
- Estudios en el extranjero
- Preuniversitarios
- Escuela Especial de adultos

Artículo 17° Becas de Estudios

La “Beca de Estudio” es una asignación en dinero dirigido a los afiliados(as), que sigan cursos regulares en los niveles o categorías de educación media y/o Educación Superior en instituciones del Estado o reconocidas por éste, en conformidad al reglamento particular aprobado para esto.

En el mes de febrero, se aprobará el Reglamento Específico para la postulación de los estudiantes, selección procedimiento de entrega de las becas, establecidas por el Consejo Administrativo del Servicio de Bienestar.

Artículo 18° Ayuda Médica

En caso de Enfermedad grave y tratamiento médico prolongado de alto costo, calificado como tales por el Consejo Administrativo, se podrá otorgar al afiliado una ayuda económica complementaria de las prestaciones de carácter médico.

Para acceder a este subsidio se deberá presentar:

- a) Solicitud, con la petición explícita y los documentos necesarios que avalen dicha petición.
- b) Informe social, con los antecedentes establecidos en el Documento “Orientaciones para la asignación de ayuda médica y/o catástrofe”

El monto de la Ayuda será fijada por el Consejo Administrativo de acuerdo a una tabla de puntajes confeccionada para tal efecto, la que no podrá exceder de **\$500.000**, teniendo presente los antecedentes aportados y lo indicado en “Orientaciones para la asignación de ayuda médica y/o catástrofe”

Artículo 19° Catástrofe.

Se cancelará una ayuda a cada afiliado que sufra daños graves a consecuencias de incendios, terremotos, inundaciones u otras catástrofes.

El monto de la Ayuda será fijada por el Consejo Administrativo de acuerdo a una tabla de puntajes confeccionada para tal efecto, la que no podrá exceder de **\$500.000**, teniendo presente los antecedentes aportados y lo indicado en "Orientaciones para la asignación de ayuda médica y/o catástrofe"

Para cobrar este subsidio el socio deberá presentar:

- a) Solicitud de beneficios
- b) Informe social, con los antecedentes establecidos en el Documento "Orientaciones para la asignación de ayuda médica y/o catástrofe"

Artículo 20° Desgravamen

Al fallecimiento de un afiliado se entenderán condonadas automáticamente las deudas que tuviere pendiente con el Servicio por concepto de préstamos que éste le hubiere otorgado.

Para acceder a este subsidio se deberá presentar certificado de defunción del socio, como medio de acreditación.

TÍTULO III DE LOS PRÉSTAMOS

El Servicio de Bienestar podrá conceder, siempre que sus recursos lo permitan, los siguientes préstamos:

- a) Préstamos Médicos y Dentales
- b) Préstamos de Emergencia

Para acceder a estos beneficios, los socios deben:

- a) Tener seis o más meses de antigüedad en el Servicio de Bienestar (**a contar de la fecha del primer descuento ingresado a Bienestar**) y
- b) Se encuentren con sus aportes al día.
- c) Tenga el 50% de la cuotas canceladas de un préstamo anterior
- d) Tener disponibilidad del 15% de descuento voluntario.
- e) Presenten un aval

Artículo 21° Montos y cuotas

- a) Préstamos de \$ 150.000.- con un mínimo de 4 y un máximo de 10 cuotas.
- b) Préstamos de \$100.000.- con un mínimo de 3 y un máximo de 10 cuotas.

Artículo 22° Tasa de Interés

Teniendo presente el interés corriente, para operaciones no reajustables; el Consejo Administrativo de Bienestar fijo como tasa de interés mensual establecida en el anteproyecto de presupuesto del Servicio de Bienestar, sobre el saldo adeudado que devengarán los préstamos otorgados durante el año 2014.

Artículo 23° Documentos a presentar

- a) Solicitud de préstamo
- b) 1 aval socio del Servicio de Bienestar
- c) Fotocopia de la Cédula de Identidad de quien solicita el préstamo

Artículo 24°

Como una forma de optimizar los fondos destinados a este beneficio, se cancelarán las solicitudes según la fecha recepción en el Servicio de Bienestar y hasta agotar el presupuesto autorizado.

TITULO IV DE LAS ASISTENCIAS Y OTROS BENEFICIOS:

El servicio de Bienestar para cumplir su finalidad, propenderá al progreso social, cultural, recreativo, educacional y deportivo. Así, mientras sus recursos lo permitan asignará los siguientes beneficios:

- a) Bono de navidad afiliados con cargas familiares: equivalente a 30.000.-
- b) Bono de navidad afiliados sin cargas familiares: 40.000.-
- c) Bono de cumpleaños: equivalentes a 20.000.-

Artículo 25°

El Beneficio se pagará automáticamente a todos los afiliados con más de seis meses de afiliación.-

Debe tener una antigüedad de afiliación de seis meses para solicitar el beneficio.

No debe tener deuda de ningún tipo con el Servicio de Bienestar del CNCA.

El bono se pagara automáticamente, sólo el bono de cumpleaños es retroactivo, así en caso de no contar con la antigüedad de seis meses, deberá solicitarlo formalmente, al momento de cumplir con este requisito.