



**REGLAMENTO INTERNO PARA LA ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS
DEL SERVICIO DE BIENESTAR DEL CONSEJO NACIONAL DE LA
CULTURA Y LAS ARTES
2015**

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 afiliado(a)s.
- Decreto Supremo N° 13/2011, Reglamento del Servicio de Bienestar del Consejo Nacional de la Cultura y las Artes.
- Oficio N° 86074 de fecha 31 de diciembre de 2014, y Rex N° 252 de 2014, de la Superintendencia de Seguridad Social, que aprueba el Presupuesto del Servicio de Bienestar del Consejo Nacional de la Cultura y las Artes para el año 2015.

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, el cual rige a contar del 01 de febrero de 2015; lo anterior aprobado en la sesión ordinaria de enero del Consejo Administrativo del Servicio de Bienestar.

TÍTULO 1: DE LA ATENCIÓN MÉDICA

El Servicio de Bienestar podrá otorgar beneficios de carácter médico y odontológico a sus afiliado(as) 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.

El Servicio de Bienestar, en la eventualidad que sus recursos lo permitan, contratará un Seguro de Salud para solventar los gastos médicos de sus afiliados(as) y cargas legales no cubiertas por el Sistema de Salud Previsional.

Los afiliados(as) y sus cargas legales podrán acceder a los beneficios médicos desde el primer día de afiliación.

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(a) como se indica a continuación, después de haber hecho uso de su seguro inicial de salud en el que cotiza (FONASA o ISAPRE).

Para acceder a los beneficios médicos debe presentar:

- Solicitud de Beneficio con los datos requeridos y firma del afiliado(a).
- Documentos originales que acrediten el gasto de salud, cuya fecha de emisión no supere los seis meses al momento de la presentación para reembolso.

Artículo 1°:

Consulta Médica, Consulta médica domiciliaria, Junta Médica e Interconsulta.

Se reembolsará el copago (valor cancelado por el afiliado(a) 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 (ARANCEL FONASA).

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

- a) Tener sus cuotas al día con el Servicio de Bienestar.
- b) Solicitud de beneficios con los datos requeridos y firma del afiliado(a).

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 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(a) 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) Tener sus cuotas al día con el Servicio de Bienestar.
- b) Solicitud de beneficios con los datos requeridos y firma del afiliado(a).

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 anual por Grupo Familiar por parto de carga familiar: \$120.000.-*

Artículo 3°:

Exámenes de Laboratorio, Rayos X, Especializados e Histopatológicos de carácter médico.

Se bonificará del valor cancelado por el afiliado(a) 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 otorgará sólo si se cumplen las siguientes exigencias administrativas y requisitos:

- a) Tener sus cuotas al día con el Servicio de Bienestar.
- b) Solicitud de beneficios con los datos requeridos y firma del afiliado(a).

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(a) 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.

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) Tener sus cuotas al día con el Servicio de Bienestar.
- b) Solicitud de beneficios con los datos requeridos y firma del afiliado(a).

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.

➤ *Tope anual por grupo familiar: \$5.000.-*

Artículo 5°:

Anteojos.

Se reembolsará del valor cancelado por el afiliado(a), 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) Tener sus cuotas al día con el Servicio de Bienestar.
b) Solicitud de beneficios con los datos requeridos y firma del afiliado(a).

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(a), 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) Contar con 6 meses de antigüedad en el Servicio de Bienestar del CNCA.
b) Tener sus cuotas al día con el Servicio de Bienestar del Consejo de la Cultura y las Artes.
c) Enviar solicitud de beneficios con los datos requeridos y firma del afiliado(a)

Adjuntar a la solicitud, según corresponda:

- 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, fecha e identificación del profesional.
- Presupuesto original claramente detallado y valorado extendido por el profesional a nombre del Paciente.
- En caso de ser gastos originados por la carga familiar, ésta debe estar debidamente reconocida como tal al momento de presentar los gastos (resolución tramitada).

➤ *Tope anual por grupo familiar: \$ 200.000.-*

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, sustituto alimenticio, 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).

No obstante lo anterior, se reembolsaran los siguientes productos:

- a) Medicamentos o productos dermatológicos, sólo si son 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(a), respaldado mediante boleta o factura.
- b) Solo se reembolsarán los medicamentos indicados en la receta.

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

- a) Tener sus cuotas al día con el Servicio de Bienestar.
- b) Solicitud de beneficios con los datos requeridos y firma del afiliado(a).

Adjuntar a la solicitud, según corresponda:

- Receta médica original con identificación del paciente, fecha y nombre del médico tratante (con firma y timbre del médico). Debe indicar cantidad y medicamentos recetados.
- 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.

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 alopáticos: \$5.000.-*
- *Tope anual por grupo familiar de productos homeopáticos: \$30.000.-*
- *Tope anual por grupo familiar de productos dermatológicos: \$30.000.-*

Artículo 8°:

Insumos.

Se reembolsará del valor cancelado por el afiliado(a), todos aquellos insumos médicos requeridos o indicados por un profesional, tales como: primeros auxilios, toma de muestras. Se entenderá como insumo algodón, gasa, tela adhesiva, vendas, jeringa, entre otros.

El reembolso se realizará de la siguiente manera:

- a) 50% de lo cancelado por el afiliado(a).

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

- a) Tener sus cuotas al día con el Servicio de Bienestar.
- b) Solicitud de beneficios con los datos requeridos y firma del afiliado(a).

Adjuntar a la solicitud, según corresponda:

- Boleta o factura que indique las cantidades y productos adquiridos (en concordancia con la receta), el valor cancelado y la fecha.
- 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.-*

Artículo 09°:

Traslados.

Se reembolsará del valor cancelado en traslados exclusivos, por problemas de salud, cuando el afiliado(a) o sus cargas familiares concurren 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) Tener sus cuotas al día con el Servicio de Bienestar.
- b) Solicitud de beneficios con los datos requeridos y firma del afiliado(a).

Adjuntar a la solicitud, según corresponda:

- a) Pasajes originales correspondientes al traslado que indique nombre del paciente, lugar de salida y llegada, fecha y monto cancelado.
- b) Citación del médico, derivación o bono o boleta de honorario del médico.
- c) 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.*

Artículo 10°:

Cuenta General en Beneficios Médicos

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

- *Tope anual en gastos médicos generales por Grupo Familiar: \$5.000.-*
- *Tope anual por parto de carga familiar: \$120.000.-*
- *Tope anual por grupo familiar en productos homeopáticos y/o dermatológicos): \$30.000.-*
- *Tope anual por grupo familiar por atenciones odontológicas: \$200.000.-*

Si algún afiliado(a) 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 afiliados(as) que tengan seis o más meses de antigüedad en el Servicio de Bienestar (a contar de la fecha de su primer descuento) 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 debe 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. Fallecimiento
3. Educación
4. Becas de Estudio
5. Ayuda Médica
6. Catástrofe
7. Desgravamen

Artículo 13°:

Nacimiento o Adopción

Por el nacimiento de cada hijo se asignará una ayuda de \$ 50.000 (cincuenta mil pesos).

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

- a) Tener sus cuotas al día con el Servicio de Bienestar.

Presentar lo siguiente documentos:

- a) Solicitud de beneficios con los datos requeridos y firma del afiliado(a).

- b) Certificado de nacimiento (original) o resolución judicial que acredite la tuición.

En caso de adopción, la ayuda podrá solicitarse una vez que se haya otorgado la tuición para la adopción de un hijo.

En caso que ambos padres sean afiliado(as) al Servicio de Bienestar, el beneficio se pagará al afiliado(a) que lo registre como carga familiar.

Artículo 14°:

Fallecimiento

Se concederá una ayuda de **\$100.000** (cien mil pesos) por el fallecimiento de cada una de las cargas familiares del afiliado(a), 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:

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

Artículo 15°:

Educación

Se concederá una asignación de educación a los afiliado(as) 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 : **\$ 55.000.** (Cincuenta y cinco mil pesos)
- b) Enseñanza Media : **\$ 55.000.** (Cincuenta y cinco mil pesos)
- c) Enseñanza Universitaria : **\$ 65.000.** (Sesenta y cinco mil pesos)

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

- a) Tener sus cuotas al día con el Servicio de Bienestar.

Presentar los siguientes documentos:

- a) Solicitud de beneficios con los datos requeridos y firma del afiliado(a).
- b) Certificado de alumno regular (original).

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: parvulario, 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 16°:

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, técnica y Educación Superior, en instituciones del Estado o reconocidas por éste, en conformidad al reglamento particular aprobado para este fin.

Anualmente, el Consejo Administrativo otorga en la medida que su disponibilidad presupuestaria lo permita, becas de educación consistente en un apoyo financiero. Para el año académico del 2015 se otorgarán 15 Becas de hasta \$500.000 (quinientos mil pesos) cada una.

Pueden postular:

- a) Todos los funcionarios afiliados(as) al Servicio de Bienestar del Consejo Nacional de la Cultura y las Artes, que posean sus cuotas al día.
- b) Todos los funcionarios afiliados(as) al Servicio de Bienestar del Consejo Nacional de la Cultura y las Artes, que cuenten con una antigüedad mínima de 6 meses.
- c) Todos los funcionarios afiliados(as) al Servicio de Bienestar del Consejo Nacional de la Cultura y las Artes, que se encuentren estudiando en calidad de alumno regular.
- d) Todos los funcionarios afiliados(as) al Servicio de Bienestar del Consejo Nacional de la Cultura y las Artes, que quiera estudiar y estén aceptado en el programa que deseen estudiar.

Inhabilidades:

- a) No se financiarán segundas carreras.
- b) No podrán postular los funcionarios(as) que participen de la evaluación de los antecedentes de postulación, ni de la asignación de las becas (Consejeros Administrativos del Servicio de Bienestar).
- c) No podrán postular cargas familiares.

Para acceder a este beneficio deberá presentar:

- a) Los antecedentes requeridos en las bases de postulación.

Artículo 17°:

Ayuda Médica

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

Para acceder a este subsidio se deberá:

- a) Tener sus cuotas al día con el Servicio de Bienestar.
- b) Presentar solicitud con petición explícita y los documentos necesarios que avalen dicha petición.
- c) Presentar Informe social (elaborado por la Asistente Social del Servicio de Bienestar), 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** (quinientos mil pesos), teniendo presente los antecedentes aportados y lo indicado en “Orientaciones para la asignación de ayuda médica y/o catástrofe”

Artículo 18°.

Catástrofe.

Se cancelará una ayuda a cada afiliado(a) 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** (quinientos mil pesos), 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:

- a) Tener sus cuotas al día con el Servicio de Bienestar.
- b) Presentar solicitud con petición explícita y los documentos necesarios que avalen dicha petición.
- c) Presentar Informe social (elaborado por la Asistente Social del Servicio de Bienestar), con los antecedentes establecidos en el Documento “Orientaciones para la asignación de ayuda médica y/o catástrofe”

Artículo 19°:

Desgravamen

Al fallecimiento de un afiliado(a) se entenderán condonadas automáticamente todas las deudas que tuviere pendiente con el Servicio de Bienestar.

Para acceder a este subsidio la familia del afiliado(a) deberá presentar al Servicio de Bienestar certificado de defunción 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.

El afiliado(a) podrá tener hasta un máximo de dos préstamos vigentes.

Para acceder a este beneficio los afiliados(as) deben:

- a) Tener sus cuotas al día con el Servicio de Bienestar.
- b) Tener seis o más meses de antigüedad en el Servicio de Bienestar (a contar de la fecha del primer descuento ingresado a Bienestar).
- c) Tener el 50% de las cuotas canceladas de un préstamo anterior.
- d) Tener disponibilidad del 15% de descuento voluntario. (Ley 18.834, Estatuto Administrativo, Art. 96).
- e) Tener un aval que no tenga préstamo o deuda en Bienestar.
- f) Autorizar el descuento por planilla en la sección de remuneraciones (esto aplica también para el aval).
- g) Presentar un Certificado de disponibilidad de 15% de descuento.

Sobre el Aval:

Podrá ser Aval el funcionario(a) cuya calidad jurídica sea Contrata, Planta o Código del Trabajo; sin embargo no podrá avalar a más de un afiliado(a) hasta que se finalice el compromiso adquirido con el Servicio de Bienestar.

El Aval no podrá ser beneficiario de préstamos mientras no finalice el compromiso con el Servicio de Bienestar.

Artículo 20°:**Montos y cuotas**

- a) Préstamos Médicos y Dentales \$ 150.000.- (ciento cincuenta mil pesos).
- b) Préstamos de Emergencia \$150.000.- (ciento cincuenta mil pesos).

Artículo 21°:**Tasa de Interés**

Teniendo presente el interés corriente para operaciones no reajustables, el Consejo Administrativo fijó como tasa de interés mensual:

PARA CREDITOS SOLICITADOS EN:	SE APLICARA UN INTERES DE:
• 4 CUOTAS	1 %
• 8 CUOTAS	1.5 %
• 10 CUOTAS	2 %

Artículo 22°:**Documentos a presentar**

- a) Solicitud de préstamo con los datos requeridos, firmado por solicitante y Aval.
- b) Fotocopia de la Cédula de Identidad de quien solicita el préstamo y de su Aval.
- c) Tres últimas liquidaciones de sueldo de quien solicita el préstamo.
- d) Presupuesto dental en el caso de los préstamos dentales.
- e) Carta dirigida a la jefa de Bienestar explicando la situación que lleva a solicitar el préstamo de emergencia.

Artículo 23°:**Entrega de Préstamos**

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 afiliado(a) con carga familiar, equivalente a **\$35.000.-** (treinta y cinco mil pesos).
- b) Bono de navidad afiliado(a) sin carga familiar, equivalente a **\$40.000.-** (cuarenta mil pesos).
- c) Bono de cumpleaños a afiliado(a), equivalente a **\$40.000.-** (cuarenta mil pesos).

Artículo 24°

Del pago de las Asistencias y otros Beneficios

El Beneficio se pagará automáticamente a todos los afiliados(as) con seis o más meses de antigüedad en el Servicio de Bienestar, durante el año calendario.

Bono de Navidad

El Bono de Navidad se pagará a todos los afiliados(as) que a Diciembre del año en curso tengan una antigüedad de seis o más meses, desde el primer descuento.

Bono de Cumpleaños

El Bono de Cumpleaños se pagará automáticamente a todos los afiliados(as) que cumplan con el requisitos para recibir dicho beneficio, la última semana de cada mes.

En caso de no contar con la antigüedad de seis meses al momento del cumpleaños, deberá solicitarlo cuando cumpla este requisito, siempre durante el año calendario, a través de formulario de solicitud de beneficios.

Artículo 25°

Los afiliados(as) podrán acceder a los beneficios estipulados en este reglamento, en cuanto no tengan deuda alguna con el Servicio de Bienestar.