

SOLICITUD DE BENEFICIOS BIENESTAR CNCA

FECHA SOLICITUD:

IDENTIFICACION DEL SOCIO : _____

R.U.T. : _____

DOMICILIO PARTICULAR : _____

LUGAR DE DESEMPEÑO : _____

REGION : _____

TELEFONO DE CONTACTO : _____ SISTEMA DE SALUD

BENEFICIO CORRESPONDE A :

NOMBRE CARGA : _____

BENEFICIOS MEDICOS SOLICITADOS:

TIPO BONIFICACION 1 CANTIDAD DOC.

TIPO BONIFICACION 2 CANTIDAD DOC.

TIPO BONIFICACION 3 CANTIDAD DOC.

TIPO BONIFICACION 4 CANTIDAD DOC.

MONTO PRESENTADO:

SUBSIDIOS PARA FUNCIONARIOS CON 6 MESES DE AFILIACION

SUBSIDIOS 1

SUBSIDIOS 2

FIRMA AFILIADO (A)

Al solicitar los beneficios el afiliado debe presentar esta solicitud con firma en original.