



# SOLICITUD DE BONIFICACIÓN EN SALUD

**MIS DATOS PERSONALES:**

Nombre Completo:		Nº Cédula de Identidad:
Lugar de Trabajo:	Teléfono:	Previsión de Salud:
	Email	

**SOLICITO BONIFICAR A NOMBRE DE LA CARGA LEGAL INSCRITA EN EL SISTEMA DE BIENESTAR:**

Nombre Completo:		Nº Cédula de Identidad:
Parentesco:	Edad :	Escolaridad:

**SOLICITO BONIFICAR A NOMBRE DE LA CARGA LEGAL INSCRITA EN EL SISTEMA DE BIENESTAR:**

Nombre Completo:		Nº Cédula de Identidad:
Parentesco:	Edad :	Escolaridad:

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

MEDICAMENTOS		INSUMOS MEDICOS	
BONO CONSULTA		HONORARIOS MEDICO/PROFESIONAL SALUD	
EXÁMENES		ODONTOLÓGICOS	
LENTES ÓPTICOS		APARATOS ORTOPÉDICOS/AUDITIVOS/OTROS	
HOSPITALIZACIÓN		PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS	

**ADJUNTO LA DOCUMENTACIÓN ORIGINAL IMPRESA QUE RESPALDA LOS GASTOS EN SALUD:**


**SOLICITÉ REEMBOLSO EN LA ISAPRE O SEGURO POR LOS GASTOS DECLARADOS ANTERIORMENTE:    SI    NO****(SI SU RESPUESTA ES SI, DEBE ADJUNTAR LA LIQUIDACIÓN DE REEMBOLSO JUNTO CON LA COPIA DEL DOCUMENTO QUE ACREDITA SU GASTO EN SALUD, ES DECIR BOLETAS, FACTURAS, BONOS, ETC.)****SI SU RESPUESTA ES NO, PERO CUENTA CON PREVISIÓN DE SALUD ISAPRE, DEBE ADJUNTAR EL HISTORIAL DE REEMBOLSOS QUE ACREDITA QUE NO HA REALIZADO REEMBOLSOS, NI CUENTA CON SOLICITUDES PENDIENTES, ADEMÁS DEBE ADJUNTAR LOS DOCUMENTOS ORIGINALES IMPRESOS QUE ACREDITAN SU GASTO EN SALUD)**

---

**FIRMA AFILIADO/A**

OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_

<b>USO EXCLUSIVO CONTABILIDAD DEPARTAMENTO DE BIENESTAR</b>	
Tipo de Bonificación	
Monto Bonificado	\$

---

**Vº Bº ENCARGADO  
SERVICIO BIENESTAR APS**

---

**Vº Bº CONTADOR BIENESTAR**