



**SOLICITUD DE BENEFICIOS
SERVICIO DE BIENESTAR**

Fecha		Rut	
Nombres		Apellidos	
Cargo		Grado	
Calidad Jurídica		Establecimiento	
Ciudad		Celular	
Correo Electrónico		Fecha de Afiliación	
Dirección Particular			

Marca con una X lo que corresponda

X	Sigla	Beneficios Médicos	X	Sigla	Beneficio Médicos
	COMEAF	Consulta Médica Afiliado		LENTCAR	Adq. Y Rep. De Anteojos Carga
	COMECA	Consulta Médica Carga		MEDIAF	Medicamentos Afiliado
	LABAFI	Examen de Laboratorio Afiliado		MEDICA	Medicamentos Carga
	LBCAR	Examen de Laboratorio Carga			
	RXAFIL	Ex. Rx. Resonancia, TAC Afiliado			
	RXCAR	Ex. Rx. Resonancia, TAC Carga	X	Sigla	Subsidios
	URGAFI	Atención de Urgencias Afiliado		MATRI	Matrimonio
	URGCAR	Atención de Urgencias Carga		AUC	Acuerdo de Unión Civil
	ODOAFI	Atención Odontológica Afiliado		NACIM	Nacimiento
	ODOCAR	Atención Odontológica Carga		FALLEAF	Fallecimiento Afiliado
	LENTAFI	Adq. Y Rep. De Anteojos Afiliado		FALLECA	Fallecimiento Carga

Convenios

X	Nombre Convenio	N° Orden	Monto

Firma Afiliado/a

Firma Encargado/a o Ejecutivo/a de Atención

**USO EXCLUSIVO SERVICIO DE
BIENESTAR**

Monto Presentado	Bonificación	Nombre Beneficiario	N° Solicitud	Observación
Total a Pagar		Nombre Liquidador		Fecha de liquidación

Encargado/a de Atención de
Público

Encargado/a de Contabilidad