



FECHA DE SOLICITUD: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## SOLICITUD DE BENEFICIOS SERVICIO DE BIENESTAR A.P.S.

### I. DATOS PERSONALES:

RUT	NOMBRE DEL FUNCIONARIO

CENTRO DE SALUD		N° TELEFONO	
CORREO ELECTRONICO			
TIPO Y N° DE CUENTA		BANCO	

### MONTOS A ENTREGAR, REQUISITOS Y DOCUMENTOS A PRESENTAR:

- Ser Afiliado al Servicio de Bienestar con una antigüedad de 6 meses.
- Presentar Certificado, según requerimiento
- Plazo de solicitud de 30 días, contados desde la fecha del acontecimiento.
- El beneficio se entregará en un plazo máximo de 10 días desde la recepción del documento en el Servicio de Bienestar.

### CERTIFICADO ADJUNTO:

Marque con una (X) el tipo de certificado adjunto:

BENEFICIO	DEBE PRESENTAR	(x)	MONTO
<b>NACIMIENTO</b>	Certificado de Nacimiento emitido por el Registro Civil	<input type="checkbox"/>	\$32.000.-
<b>MATRIMONIO</b>	Certificado de Matrimonio emitido por el Registro Civil	<input type="checkbox"/>	\$30.000.-
<b>DEFUNCION</b>	Certificado de Defunción emitido por el Registro Civil	<input type="checkbox"/>	\$300.000.-

**Nota:** Los montos tienen vigencia según lo acordado por el Comité de Bienestar, los cuales pueden variar o mantenerse dentro del periodo de ejercicio de los mismos.

\_\_\_\_\_  
**FIRMA DEL FUNCIONARIO**

\_\_\_\_\_  
**SECRETARIA EJECUTIVA  
FIRMA Y TIMBRE**