



SOLICITUD DE SUBSIDIO

Numero dado por Fundación

Fecha de Solicitud

ANTECEDENTES DEL AFILIADO

Nombre Completo: _____		
Activo/Jubilado/Montepiado: _____	E-Mail: _____	Rut: _____
Sección y/o Dpto. (Activos) _____	Ciudad: _____	Fono: _____
Domicilio: _____	Comuna: _____	Fono : _____

ANTECEDENTES DE LA SOLICITUD

Concepto del Subsidio	Fecha de Suceso	Nombre del Afectante
Matrimonio <input style="width: 40px; height: 15px;" type="text"/>	_____	Cónyuge: _____
Nacimiento <input style="width: 40px; height: 15px;" type="text"/>	_____	Hijo(s): _____
Mortinato <input style="width: 40px; height: 15px;" type="text"/>	_____	Hijo: _____
Defunción <input style="width: 40px; height: 15px;" type="text"/>	_____	Fallecido: _____

FIRMAS PARA TRAMITACIÓN

Documentos de respaldo que se adjuntan _____ _____ _____	_____ Firma del Afiliado Solicitante
---	---

ANTECEDENTES RESERVADOS PARA LA FUNDACIÓN

Beneficiaria Fundación Si/No	Estado del Contrato de Salud Activo/Desahuciado	Inicio Cotización (mm/aa)	Última Cotización (mm/aa)	Carga Inscrita (Activa/Desahuciada Vencida)
_____	_____	_____	_____	_____

RESOLUCION

Páguese subsidio de _____	Por valor de \$ _____
(Valor en Palabras) _____	
A Nombre de _____	

Fecha de Autorización

Firma de Autorización