



# FORMULARIO ÚNICO DE BIENESTAR



<b>NOMBRE:</b>	ISAPRE:
<b>RUT:</b>	FONASA:
<b>F. NACIMIENTO:</b>	PLANTA:
<b>DOMICILIO:</b>	CONTRATA:
<b>TELEFONO:</b>	GRADO:

\* RELLENE SOLO EN CASO DE SOLICITAR INCORPORACIÓN AL SEGURO O ACTUALIZACIÓN DE FICHA DE SOCIO

INFORMACIÓN GRUPO FAMILIAR						MARQUE CON UNA X	
NOMBRE	RUT	F. NACIMIENTO	PARENTESCO	EDAD	GÉNERO	CARGA LEGAL	GRUPO FAMILIAR

### TIPO DE SOLICITUD

PRESTAMO	MARQUE CON UNA X	MONTO	REEMBOLSO SEGURO	N° CUOTAS	FECHA INICIO DESCUENTO	BONIFICACIÓN	MARQUE CON UNA X	BONIFICACIÓN	MARQUE CON UNA X
SALUD SIN SEGURO						MATRIMONIO O UNION CIVIL		FALLECIMIENTO SOCIO	
SALUD CON SEGURO					FALLECIMIENTO CONYUGE				
SALUD DENTAL					FALLECIMIENTO CARGA				
EMERGENCIA					NACIMIENTO		FALLECIMIENTO MADRE		
PERSONAL							FALLECIMIENTO PADRE		

¿ADJUNTA DOCUMENTACIÓN?      SI                      NO

TIPO DE DOCUMENTOS

TIPO DE PAGO	MARQUE CON UNA X
CHEQUE	
TRANSFERENCIA	
AL PROVEEDOR	
AL SOCIO CUENTA REMUNERACIONES	
OTRA CUENTA	

DATOS PARA TRANSFERENCIA	
NOMBRE	
RUT	
BANCO	
N ° CUENTA	

FECHA SOLICITUD \_\_\_\_\_

FECHA APROBACIÓN \_\_\_\_\_

FIRMA SOCIO \_\_\_\_\_

FIRMA ENCARGADA \_\_\_\_\_