



**SOLICITUD DE AYUDA MÉDICA**  
Unidad de Bienestar del Personal – Sección Beneficios

Fecha recepción: \_\_\_\_\_

Fecha de pago aprox.: \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_

Rut \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

Institución de salud \_\_\_\_\_

Beneficiario: \_\_\_\_\_

solicito a la Unidad de Bienestar del Personal la **AYUDA MEDICA** correspondiente a los antecedentes que se adjuntan:

\_\_\_\_\_  
**FIRMA AFILIADO**

**USO EXCLUSIVO SECCION BENEFICIOS**

Fecha afiliación:     
DÍA MES AÑO

Aporte al día: SI  NO

Carga familiar: SI  NO

\_\_\_\_\_  
**RESPONSABLE**

\_\_\_\_\_  
**FECHA**

**NOTA:** Los beneficios no retirados en un plazo de 90 días corridos desde la fecha en que se encuentran disponibles para pago, serán abonados a la cuenta corriente si existen compromisos pendientes, en caso contrario, el beneficio será anulado (acuerdo del Consejo de Bienestar de julio de 2001).

UNIVERSIDAD DE SANTIAGO DE CHILE  
DIRECCION DE ADMINISTRACION Y FINANZAS  
DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS