

SOLICITUD PRESTAMO MEDICO
Unidad de Bienestar del Personal – Sección Beneficios

Fecha solicitud: _____



Nombre Solicitante: _____

Rut: _____ Fono IP / Anexo: _____

Lugar de trabajo: _____

Imponente a: _____

Solicita a la Unidad de Bienestar del Personal PRESTAMO MEDICO por un monto de:
_____ a _____ meses plazo. Valor Cuota: \$ _____

• Cancelar Programa Médico de _____

• Cancelar Factura por diferencia _____

Correspondiente a atención Médica de _____

Emitir Cheque a Nombre de: _____

Firma Afiliado

CODEUDORES SOLIDARIOS

Apellidos _____

Apellidos _____

Nombres _____

Nombres _____

RUT _____

RUT _____

Lugar de trabajo _____

Lugar de trabajo _____

Fono IP _____

Fono IP _____

Firma Codeudor

Firma Codeudor

NOTA: Las bonificaciones del Servicio de Bienestar del Personal por pagos realizados con este préstamo al igual que las del Seguro de Enfermedades Catastróficas Euroamérica deberán ser destinadas a su amortización.

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