

SOLICITUD DE BENEFICIO







DIA	MES	AÑO

IDENTIFICACIÓN DE SOLICITANTE (letra imprenta)

Apellido paterno			Apellido materno			Nombres		
RUT								
Mail:								
Anexo			Depto.			Teléfono móvil		
División:								

MARQUE CON UNA CRUZ SEGÚN CORRESPONDA

DESCRIPCIÓN BENEFICIO

	<p><u>BENEFICIO POR HOSPITALIZACIÓN</u></p> 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Aporte de 60% del Copago Total de la hospitalización, con un tope de \$65.000, que se hospitalice por intervención quirúrgica, parto o enfermedad grave, (no procede por intervenciones ambulatorias). ✓ Para los socios que no cancelan, tendrán un aporte solidario de \$15.000 <p>Este beneficio se otorga solo una vez por año calendario por Asociado.</p>				
	<p><u>BENEFICIO POR NACIMIENTO HIJO(A)</u></p> 	<p>Aporte único de \$ 50.000, por nacimiento, también aplica cuando finalice un proceso de adopción, presentar certificados correspondientes.</p> <p>Todos los beneficios y aportes tendrán una vigencia, para ser solicitado de tres meses desde ocurrido el hecho que le ocasionó dicho beneficio o aporte, fuera del plazo no corresponderá cursarlo</p>				
	<p><u>BENEFICIO POR CUMPLEAÑOS</u></p> 	<p>Aporte único de \$10.000.- a contar del año 2020, este debe ser acompañado con el presente formulario más fotocopia de su carnet de identidad.</p> <p>Todos los beneficios y aportes tendrán una vigencia, para ser solicitado de tres meses desde ocurrido el hecho que le ocasionó dicho beneficio o aporte, fuera del plazo no corresponderá cursarlo</p>				
	<p><u>BENEFICIO POR MATRIMONIO</u></p> 	<p>Aporte único de \$ 30.000 por Matrimonio (u otra forma de vida en pareja, normada por Ley), presentar certificado correspondiente.</p> <p>Todos los beneficios y aportes tendrán una vigencia, para ser solicitado de tres meses desde ocurrido el hecho que le ocasionó dicho beneficio o aporte, fuera del plazo no corresponderá cursarlo</p>				
	<p><u>APORTE SOLIDARIO POR DEFUNCIÓN</u></p> 	<p>Aporte único de \$ 50.000 para el Asociado (a) por Defunción de su:</p> <table border="1"> <tr> <td>➤ hijo(a) (s),</td> <td>➤ Padre.</td> </tr> <tr> <td>➤ cónyuge.</td> <td>➤ Madre.</td> </tr> </table>	➤ hijo(a) (s),	➤ Padre.	➤ cónyuge.	➤ Madre.
➤ hijo(a) (s),	➤ Padre.					
➤ cónyuge.	➤ Madre.					
	<p><u>BENEFICIO POR ESTUDIOS SUPERIORES DE ASOCIADO(A)</u></p> 	<p>Aporte único de \$ 25.000 anual, que se le otorga al Asociado(a) que continua estudios superiores (conducentes a títulos técnicos o profesionales), adjuntando el Certificado de alumno(a) Regular (emitido en el 2° semestre de cada año lectivo) de una Institución de enseñanza superior, beneficio que se cancelará en el segundo semestre de cada año.</p> <p>Tendrá una vigencia, para ser solicitado de tres meses desde ocurrido el hecho que le ocasionó dicho beneficio o aporte, fuera del plazo no corresponderá cursarlo.</p>				

IMPORTANTE:

Todos los beneficios y aportes tendrán una vigencia, para ser solicitado de tres meses desde ocurrido el hecho que le ocasionó dicho beneficio o aporte, a excepción del Beneficio por Hospitalización, cuyo plazo comienza a correr desde el momento del pago realizado por el Asociado(a) a la institución de salud, pasado dicho plazo éste se extinguirá.

Cada beneficio deberá presentarse por separado.

Requisitos:

- ✓ 3 meses de antigüedad en AFUMINSAL
- ✓ Estar al día en pago de sus cuotas

El (la) Asociado(a) deberá presentar una Solicitud a la Directiva de la AFUMINSAL en original, adjuntando los documentos de respaldo según corresponda.

FIRMA SOCIO/A