

Fecha

SOLICITUD DE BENEFICIOS

IDENTIFICACIÓN DEL SOLICITANTE

--	--	--

Rut	Anexo	Teléfono	Depto.

División

Mail

Marque con una cruz según corresponda

Descripción del Beneficio

- | | | |
|--------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> | Beneficio por Hospitalización | <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, parte o enfermedad grave (No procede por intervenciones ambulatorias). ❖ Para Socios que no cancelan, tendrán un parte solidario de \$15.000 <p>Este Beneficio se otorga solo una vez por año, Calendario por Asociado.</p> |
| <input type="checkbox"/> | Beneficio por Nacimiento Hijo/a | <p>Aporte único de \$50.000, por nacimiento, también aplica cuando finalice proceso de adopción, presentado certificados correspondientes.</p> <p>Todos los beneficios y aportes tendrán una vigencia, para ser solicitado de tres meses desde ocurrió el hecho que le ocasionó dicho beneficio o aporte, fuera del plazo no corresponderá cursarlo.</p> |
| <input type="checkbox"/> | Beneficio por Cumpleaños | <p>Aporte único de \$10.000 a contar del año 2020, este debe ser acompañado con el presente formulario más fotocopia de su cedula de identidad.</p> |
| <input type="checkbox"/> | Aporte solidario por Defunción | <p>Aporte único de \$50.000 para el Asociado/a por difusión de su:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Hijo/a / Cónyuge ❖ Padre / Madre |
| <input type="checkbox"/> | Beneficio por Estudios Superiores de Asociado/a | <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, benefició 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 de plazo no corresponderá cursarlo.</p> |
| <input type="checkbox"/> | Beneficio por Matrimonio | <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> |

Importante

Todos los beneficios y aportes tendrán una vigencia, para ser solicitado de tres meses desde ocurrido el hecho que le ocasiono dicho beneficio o aporte, a excepción del beneficio de 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 respaldo según corresponda.

FIRMA SOCIO/A

Debe de adjuntar su liquidación de sueldo junto con este documento firmado