

**FECHA DE RECEPCIÓN**

FORMULARIO SOLICITUD DE BENEFICIOS

|  |
| --- |
| **IDENTIFICACION DEL SOCIO** |
|  |  |  |
| **RUT** | **APELLIDOS** | **NOMBRES** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Tipo de Beneficio** | Marque con X lo que corresponda | **N° Documentos** | **USO SAHC** |
| **BONOS MEDICOS** |  |  |  |
| **OPTICA** |  |  |  |
| **NATALIDAD** |  |  |  |
| **MATRIMONIO O UNIÓN CIVIL** |  |  |  |
| **SUBVENCION****MORTUORIA** |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **FECHA DE PAGO PROPUESTA** |  |
| **N° EGRESO**(Interno SAHC) |  |

**FIRMA SOCIO/A**

**Importante:**

* El pago de beneficios se realiza los días viernes de cada semana, si fuera festivo se adelantará el pago al día hábil previo.
* Se bonifica hasta 6 bonos en el año, con antigüedad no superior a 6 meses.