

**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** |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **RATIFICAR SU INFORMACIÓN BANCARIA** | |
| BANCO |  |
| N° CUENTA |  |

**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 una antigüedad máxima hasta 6 meses, dentro del año en curso.
* Si posteriormente usted modifica sus datos bancarios, debe dar aviso a [sindicato.sahc@pucv.cl](mailto:sindicato.sahc@pucv.cl) para su actualización.