



CORPORACION DE BIENESTAR
SERBIMA
EJERCITO 207-215 FON0-FAX 6901011
CASILLA 14997 - CORREO 21
SANTIAGO
www.serbima.cl

FECHA RECEPCION _____

SOLICITUD DE BONIFICACIÓN - AYUDA

IDENTIFICACIÓN DEL SOCIO		R.U.T. N°	
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO	
		NOMBRES	
DOMICILIO PARTICULAR (Calle, N°, Depto., Villa o Población)		COMUNA	
PROVINCIA	REGION	TELEFONO	CORREO ELECTRONICO
ESTABLECIMIENTO O LUGAR DE TRABAJO			
DOMICILIO LABORAL		TELEFONO	
DIRECCIÓN DONDE ENVIAR CHEQUE (sólo si corresponde)			

- Mediante la presente solicito la(s) bonificación(es) - ayuda(s).

Consulta Médica	<input type="checkbox"/>	Tratamiento Kinesiológico	<input type="checkbox"/>
Exámen Laboratorio	<input type="checkbox"/>	Atención Odontológica	<input type="checkbox"/>
Exámen Imagenología	<input type="checkbox"/>	Matrimonio	<input type="checkbox"/>
Hospitalización	<input type="checkbox"/>	Nacimiento	<input type="checkbox"/>
Adq. Anteojos y Audífonos	<input type="checkbox"/>	Fallecimiento	<input type="checkbox"/>

FIRMA SOCIO

- NOTAS: * Para el otorgamiento del beneficio se requiere que el socio se encuentre al día en el pago de sus cuotas sociales y demás obligaciones pecuniarias con la Corporación.
- * Adjuntar fotocopias de última liquidación de sueldos y cédula nacional de identidad.
- * Presentar documentos originales que avalen el beneficio.
- * Si el beneficio no es retirado personalmente se deberá utilizar el PODER adjunto al reverso de la solicitud, presentando la cédula nacional de identidad de la persona autorizada.

EN CASO DE AYUDA DE FALLECIMIENTO

NOMBRE DEL SOLICITANTE	
DOMICILIO PARTICULAR (Calle, N°, Depto., Villa o Población)	
R.U.T. <input type="text"/>	TELEFONO <input type="text"/>

USO EXCLUSIVO SERBIMA

Consultas Médicas	Exám. Laboratorio	Exám. Imagenología	Hospitalización
N°	N°	N°	N°
\$	\$	\$	\$

Adq. Anteojos y Audífonos	Atención Odontológica	Tratamiento Kinesiológico
N°	N°	N°
\$	\$	\$

Matrimonio	Nacimiento	Fallecimiento
N°	N°	N°
\$	\$	\$

TOTAL \$

Nombre y Firma Funcionario

PODER

Yo, _____
Cédula Nacional de Identidad N° _____, autorizo al Sr(a) _____
_____, Cédula Nacional de Identidad N° _____,
para que retire de las oficinas de la Corporación de Bienestar Serbima, cheque o dinero en efectivo por concepto de beneficios asistenciales y/o ayudas económicas.

FIRMA PERSONA AUTORIZADA

FIRMA SOCIO