1 SOLICITUD REEMBOLSO DE BENEFICIO

Departamento de Bienestar Social y Calidad de Vida
Gendarmería de Chile

Datos de Afiliado(a)

☐ Dipreca ☐ Fonasa ☐ Isapre / ☐ Activo ☐ Pasivo **Res Nº** _____

RUN | Fecha envío | **CMC**

Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres

Dotación / Unidad / Afiliado(a) en retiro indicar domicilio / Fono contacto

@gendarmeria.cl | @

Correo electrónico institucional | Correo electrónico externo

1. Los documentos que se presentan para reembolso deben ser siempre en original
2. Previamente debe solicitar bonificaciones en su sistema de salud y/o seguro complementario
3. Al pagarse con cheque indicar lugar de retiro: _____

Firma Afiliado(a)

Uso exclusivo Bienestar

Items	Beneficios		Orden médica o receta, diagnóstico	Certificado de notas original	Liquidación de sueldo	Boleta (detallar) factura o bono	Programa médico	Certificado de atención	Comprobante de recaudación	Pasajes con interconsulta	Cert. Registro civil y declaración jurada	Informe social	Denuncia a Carabineros	Certificado Juzgado	Breve historia clínica del paciente	Antecedentes médicos de respaldo
Documentación a enviar beneficio solicitado	**Disponible**	**Autorizado**														
Medicamentos			●			●				●	●					
Dental						●										
Consulta médica						●										
Ex-lab-rx			●			●										
Lentes			●			●										
Int-quirúrgicas			●			●	●									
Hospitalización						●	●									
Trat-enf-ord-med			●			●	●		●							
At- obstétrica			●			●										
Traslado enferm.								●		●						
Aparatos ortoped.			●			●										
Atención urgencia						●										
Plantilla			●			●										
Aparato medir índice			●			●										
Prof. y técnico			●			●									●	
Matrimonio											●					
Unión civil											●					
Nacimiento											●					
Fallecimiento											●					
Ayuda por siniestro												●	●	●		
Ayuda médica				●		●						●			●	●
Premio excelencia																
TOTALES $																

Nº Resolución Carga Familiar ☐ **Último Mes; Imposiciones** ☐ **Fecha Liquidación** ☐

Liquidador | Jefe de Sección

Observaciones: _____

imprenta metropolitano 227151375-6-9 cetimprenta@gmail.com