

MINISTERIO DE SALUD
SERVICIO DE SALUD ACONCAGUA
SUBDIRECCION DE GESTIÓN Y DESARROLLO DE PERSONAS
DEPTO.CALIDAD DE VIDA LABORAL
SERVICIO DE BIENESTAR

FECHA S. DE BIENESTAR:

SOLICITUD DE BENEFICIO DE LENTES

I.- a).- IDENTIFICACION DEL AFILIADO

La información debe ser ingresada obligatoriamente y es de responsabilidad del afiliado completar íntegramente todos los antecedentes solicitados para agilizar el reembolso de sus beneficios.

_____	_____	_____
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE
_____	_____	_____
RUT	CARGO	GRADO SECCION
b). – TIPO DE BENEFICIO		
	Afiliado Carga	NOMBRE
LENTES	☐	☐
Simples	☐	_____
Bifocales	☐	_____
Contacto, multifocales e intraoculares	☐	_____
_____		_____
FIRMA AFILIADO	CERTIFICACION CARGAS	

II.- INFORME BIENESTAR

a. CUMPLE CON LO ESTABLECIDO EN REGLAMENTO N°177 DEL SERVICIO DE BIENESTAR DEL S. S. ACONCAGUA.	☐	☐
	Si	NO
b. COTIZACIONES 1 MES ☐		
c. FECHA ÚLTIMA BONIFICACIÓN DE LENTES:	_____	
d. OPTICA DE CONVENIO AUTORIZADA:	_____	
e. VALOR:	_____	

FECHA: _____