



**SOLICITUD DE PRÉSTAMO MÉDICO  
BIENESTAR LABORATORIO CHILE**

<b>DATOS SOLICITANTE (Trabajador/a)</b>				
<b>FECHA SOLICITUD</b>				
<b>NOMBRE</b>				
<b>RUT</b>				
<b>ANTIGÜEDAD EN BIENESTAR</b>				
<b>LUGAR DE TRABAJO</b> (Marque con una X)	<b>MARATHON</b>	<b>MAIPÚ</b>	<b>ENEA</b>	<b>REGIÓN (Detalle)</b>
<b>CORREO</b>				
<b>CELULAR</b>				

<b>DATOS BENEFICIARIO (Completar solo si el beneficiario NO es el trabajador/a)</b>		
<b>NOMBRE</b>		
<b>RUT</b>		
<b>PARENTESCO</b>		
<b>CARGA LEGAL (Marcar con X)</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
<b>EDAD</b>		

\*Si el préstamo no es para el socio(a), paciente debe ser carga acreditada en la Caja de Compensación Los Andes y en el Seguro de Salud del socio(a).

<b>MOTIVO SOLICITUD (Marque con una X según corresponda)</b>	
<b>PRESTACIÓN AMBULATORIA</b>	
<b>PRESTACIÓN HOSPITALARIA</b>	
<b>MONTO TOTAL* (En pesos)</b>	<b>\$</b>

<b>MÉTODO DE PAGO (Marque con una X)</b>	
<b>EFFECTIVO</b> (Hasta \$40.000, disponible sólo en Site Maipú)	
<b>TRANSFERENCIA A PRESTADOR</b>	
<b>TRANSFERENCIA A TRABAJADOR(A)</b> (Solo en caso de que prestador no tenga posibilidad de recibir transferencia)	



**SOLICITUD DE PRÉSTAMO MÉDICO  
BIENESTAR LABORATORIO CHILE**

<b>DATOS BANCARIOS*</b>	
<b>NOMBRE</b>	
<b>RUT</b>	
<b>BANCO</b>	
<b>TIPO DE CUENTA</b>	
<b>N° DE CUENTA</b>	

\*En el caso de que haya seleccionado que el método de pago sea “Transferencia a Trabajador”, la transferencia la realizaremos a la cuenta que tengamos registrada en nuestro sistema. Si su cuenta no está registrada en nuestro sistema, usaremos la indicada en esta solicitud.

<b>CUOTAS POR RANGO DE MONTO PRÉSTAMO</b>		
<b>DESDE</b>	<b>HASTA</b>	<b>N° DE CUOTAS*</b>
\$ -	\$300.000	10
\$300.001	\$500.000	12
\$500.001	\$800.000	18
\$800.001	\$1.500.000	24
\$1.500.001	\$3.000.000	36
\$3.000.000	\$ 4.000.000	48

\*Las cuotas se definen según el monto final adeudado posterior al reembolso del seguro.

Acepto que una vez cancelada la prestación, debo hacer llegar a la Asistente de Bienestar que gestionó el préstamo, los documentos requeridos para solicitar el reembolso del seguro de salud, dentro de un plazo máximo de 15 días en formato digital, de lo contrario la deuda se comenzará a descontar de mi liquidación de sueldo considerando el monto completo solicitado. Acepto que la deuda total que quede con Bienestar sea descontada de mi liquidación de sueldo mensualmente según la siguiente tabla de cuotas. También acepto que, en caso de dejar de pertenecer a la empresa, Laboratorio Chile S.A. el monto adeudado se descuenta de mi finiquito.

Para conocer más detalles sobre el beneficio visite nuestra en el siguiente enlace: [Página Web de Bienestar](#) o en [www.bienestarlaboratoriochile.cl](http://www.bienestarlaboratoriochile.cl)

**FIRMA SOCIO(A)**

(Debe ser la misma de su C.I.)