

SOLICITUD REEMBOLSO DENTAL Y/O FUERA DE PLAZO MINTRATEL-JAC (BONIFICADO POR EL SERVICIO DE BIENESTAR)

Nombre: Fecha:

Rut:

Dependiente de: SUBTEL SUBTRANS JAC JUBILADO PROGRAMA
(03,04,05,06,07,08)

Calidad Jurídica: Estamento:

(Directivo, Profesional, Técnico, Administ. Auxiliar)

Email: Celular / Anexo:

Isapre: Banco:

Fonasa: Tipo Cuenta:

N° Cuenta:

Señale lo que presenta en relación con la solicitud de reembolso:

Atención(es) médica(s) fuera de plazo ante el Seguro Complementario de Salud
(después de 90 días)

Boleta(s) por atención(es) dental(es)

Presupuesto(s) dental(es)

Observaciones

IMPORTANTE: Sólo presentar antecedentes que correspondan a (la) socio(a) y sus cargas legalmente reconocidas

Firma del/la Solicitante