

SOLICITUD DE BENEFICIOS MÉDICOS

IDENTIFICACIÓN DEL SOLICITANTE	
Fecha solicitud	
Nombre / Apellidos	
Cédula de Identidad	
Teléfono	
Suscrito a Seguro complementario UCEN	____ SI / ____ NO
Correo electrónico	
DATOS BANCARIOS	
Banco	
N° cuenta	
Tipo de cuenta	

Para procesar la solicitud de beneficios se debe enviar el formulario firmado al correo sbienestar@ucentral.cl con todos los documentos indicados en el Reglamento vigente de la Corporación, disponible en: <http://www.sbienestarucen.cl/>

REEMBOLSOS MEDICOS	
BENEFICIO DENTAL	____ Socio/a / ____ Carga
INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS	____ Socio/a / ____ Carga
LENTES ÓPTICOS	____ Socio/a
SOCIOS MAYORES 65 AÑOS, SIN COBERTURA DEL SEGURO COMPLEMENTARIO UCEN:	____ Socio/a (solo presentar la documentación del punto a y b)

Detalle documentos adjuntos:

FIRMA SOLICITANTE