



**SOLICITUD DE PRÉSTAMO DENTAL  
BIENESTAR LABORATORIO CHILE**

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

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

\*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). En caso de no ser carga acreditada, se aprobarán también tratamientos para **hijos o cónyuge, pero con monto máximo de \$500.000.**

3. MONTO SOLICITUD	
MONTO TOTAL* (en pesos)	\$

\*Pueden solicitar el préstamo dental para prestaciones de todo tipo exceptuando tratamientos estéticos y controles mensuales de ortodoncia.

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

DATOS BANCARIOS*	
NOMBRE	



**SOLICITUD DE PRÉSTAMO DENTAL  
BIENESTAR LABORATORIO CHILE**

<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>DEUDA TOTAL</b>	<b>N° DE CUOTAS</b>
Hasta \$50.000	2
De \$50.000 a \$99.000	4
De \$100.000 a \$199.000	8
De \$200.000 a \$299.000	10
De \$300.000 a \$499.000	12
Más de \$500.000	18

\*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.)