DEPARTAMENTO Bienestar y calidad de vida laboral
Contraloría General de la República

SOLICITUD DE BONIFICACIÓN

Fecha de solicitud de afiliado ☐☐/☐☐/☐☐☐☐

El presente formulario debe usarse para solicitudes de bonificación en que el funcionario afiliado al Bienestar, efectúa gastos bonificables para él o sus cargas legales de acuerdo a lo indicado en el programa de beneficios 2013 - 2014.

I. IDENTIFICACIÓN DEL FUNCIONARIO

Nombre Afiliado: _____ Rut: _____

Contraloría Regional: _____

Envío reembolso de Seguro Complementario de Salud: ☐ SI ☐ NO

II. DETALLE DE DOCUMENTOS PRESENTADOS

TIPO DE DOCUMENTO Bono - Reembolso - Boleta de Honorarios - Receta	**ADJUNTA DOCUMENTO**	**Nº DOCUMENTO**	**MONTO**	**INSTITUCIÓN** Farmacia - Óptica - Otros

Fecha de recepción DBCVL ☐☐/☐☐/☐☐☐☐