

	FORMULARIO	Código: FL-SD-01
	Solicitud de Premios y Subsidios	Rev. 04 Hoja 1/1

FECHA

--	--	--

	NOMBRE Y APELLIDO	SOCIO N°	CÉDULA DE IDENTIDAD N°
SOLICITANTE			
DIRECCIÓN		TELÉFONO	

PREMIOS

POR HIJO EGRESADO O UNIVERSITARIO	
NOMBRE Y APELLIDO DEL HIJO:	
UNIVERSIDAD:	
POR MATRIMONIO	
CONTRAJE MATRIMONIO CON:	EN FECHA:
POR NACIMIENTO O ADOPCION PLENA	
NOMBRE Y APELLIDO DEL NACIDO/ADOPTADO :	
FECHA DE PARTO:	FECHA DE ADOPCION:

SUBSIDIOS

POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE		
FECHA DEL ACCIDENTE:		
POR INTERNACIÓN SANATORIAL		
FECHA DE INTERNACIÓN: DESDE:	HASTA:	
<u>NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN:</u>		
<u>MÉDICO TRATANTE:</u>		
POR INTERNACIÓN SANATORIAL – TERAPIA INTENSIVA		
FECHA DE INTERNACIÓN: DESDE:	HASTA:	
<u>NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN:</u>		
<u>MÉDICO TRATANTE:</u>		
POR REPOSO DOMICILIARIO		
FECHA DE REPOSO: DESDE:	HASTA:	
<u>MÉDICO TRATANTE:</u>		
POR REPOSO POR MATERNIDAD		
FECHA DE REPOSO: DESDE:	HASTA:	
POR INCAPACIDAD FÍSICA TEMPORAL		
FECHA DEL ACCIDENTE:	SOCIO N°:	CÓNYUGE <input type="checkbox"/> HIJO <input type="checkbox"/>
POR FALLECIMIENTO		
NOMBRE Y APELLIDO DEL FALLECIDO:		
FECHA DE FALLECIMIENTO:	RELACION CON EL FALLECIDO: UTILIZO EL SERVICIO DE SEPELIO: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	

FIRMA DEL SOLICITANTE
