Sindicato
Zurich Vida

FORMULARIO SOLICITUD FONDO SOLIDARIO
SIDICATO ZURICH VIDA

(Salud gastos mayor a 2 millones o catástrofe natural) Inicio vigencia 1 Julio 2021

Fecha_____/_____/_____ (*Uso Interno*) **Folio** _____

1.- NOMBRE SOCIO	**SUCURSAL**
RUT	**Teléfono**
Dirección	**Correo**

En caso de solicitar beneficio para; hijo(a) hasta 21 años cargas legales, cónyuge o conviviente:

NOMBRE	**EDAD**
RUT	**FECHA NAC**

SOLICITA BENEFICIO DE: **SALUD** ○ **CATASTROFE** ○

DIAGNÓSTICO:
FECHA DEL DIAGNÓSTICO:
ADJUNTAR - diagnóstico médico tratante – examen que respalda diagnóstico – gastos incurridos ya rembolsados

EN CASO DE CATASTROFE (sólo primera vivienda)

Detalle breve de lo sucedido:
Dirección del siniestro:
Adjuntar: imagen de respaldo – contrato de arriendo o documento de propiedad a nombre del socio, cónyuge o conviviente

USO INTERNO **ACEPTADO** ○ **RECHAZADO** ○

Nombre evaluador	Fecha entrega beneficio
Firma	

Observaciones: