

Solicitud de Préstamo Médico

Nombre Completo :

Rut :

ID Workday :

Fecha de solicitud : / /

Fecha de procedimiento (operatorio u hospitalización) : / /

Rut Institución :

Nombre Institución :

Monto por solicitar : \$

¿Está incorporado en el seguro Colectivo?

: Si

☐

No

☐

Firma de solicitante

* Favor considerar datos correctos de la institución, ya que el vale vista será emitido de acuerdo con lo informado.