

DATOS BÁSICOS DEL ASOCIADO

Nombre completo : _____ Cédula: _____
 Dirección: _____ Teléfono: _____
 Correo electrónico: _____ Fecha solicitud : dd/mm/aa _____

De acuerdo a lo establecido por el reglamento de solidaridad de la cooperativa CODELCO (el cual se encuentra en la página web disponible para el uso y conocimiento de los asociados) presento la siguiente solicitud de auxilio:

Por favor señale la opción según corresponda

Asociado Beneficiario:

Tipo auxilio:

- Medicamentos
 Consulta médica
 Auxilio x lentes

Nombre Beneficiario: _____

Identificación del beneficiario: _____

Documentos soportes a anexar según el caso

Medicamentos

- Fórmula médica
 Factura legal
 Rut actualizado (solo si aplica)

Solo se reconoce los medicamentos que obedezcan a un tratamiento médico. Aplican restricciones

Consulta médica

- Factura legal
 Rut actualizado (solo si aplica)

No aplica para copagos, altas cirujías, ni hospitalizaciones

Auxilio x lentes

- Fórmula médica
 Rut actualizado (solo si aplica)

En caso de presentar cuenta de cobro recuerde que debe de anexar RUT del profesional con fecha actualizada.

Si los documentos anexados no cumplen los requisitos de norma o legales se realizará devolución de los mismos y el plazo máximo para ser recibido nuevamente después de haberse realizado la notificación al titular es de cinco (5) días hábiles.

CONDICIONES GENERALES Y AUTORIZACIONES

- La presentación de esta solicitud no implica compromiso alguno para Codelco.
- Cualquier falsedad detectada en la documentación adjunta, cancela automáticamente el trámite de la presente solicitud y constituye falta grave de acuerdo al Estatuto de Codelco.
- La solicitud del auxilio debe hacerse dentro de los 30 días calendario de la fecha en que realiza la consulta o la compra de la fórmula.
- El reconocimiento se dará 30 días hábiles al mes siguiente a la entrega de documentación, con el cumplimiento de todos los requisitos.
- Los auxilios se harán únicamente a la cuenta de ahorros de Codelco con el fin de incentivar el ahorro en la cooperativa.
- Las facturas y fórmulas expedidas por entidades con convenios tendrán una vigencia máxima de sesenta (60) días calendario y formulas expedidas por particulares tendrá una vigencia máxima de treinta (30) días calendario.
- El formato de solicitud de reconocimiento por médicos y medicamentos por caja debe de estar totalmente diligenciado y debe de ir adjunto a los demás soportes.

ESPACIO EXCLUSIVO PARA DILIGENCIAR POR LA COOPERATIVA

Vo.Bo. Codelco _____

Valor auxilio: _____

El presente formato debe ser presentado en original o mediante el correo electrónico registrado en la Cooperativa, junto con la documentación soporte.

Fecha de recibido por la Cooperativa: _____ dd/mm/aa _____

Firma asociado: _____