

FORMULARIO SOLICITUD DE PRÉSTAMO

FECHA	
-------	--

RUN	
# TELEFONO	

NOMBRE	
MAIL	

PREVISION DE SALUD	
--------------------	--

EMPRESA	
	ECCUSA
	TRANSPORTES CCU
	COMERCIAL CCU
	CCU S.A.
	AGUAS CCU
	PISQUERA
	PLASCO
	CRECCU S.A.

TIPO DE PRESTAMO	
	COPAGO PROGRAMA MEDICO
	DENTAL
	CONSULTAS DE URGENCIA/ EXAMENES/ TERAPIAS
	COMPRA DE MEDICAMENTOS

FORMA DE PAGO	NO LLENAR (USO EXCLUSIVO DE BIENESTAR)	
CUOTAS		
MONTO \$		

* TOPE \$500.000

* INTERES 2% POR CUOTA

IMPORTANTE

- ✓ Esta solicitud, debe ser respaldada con informes médicos que acrediten el monto del préstamo.
- ✓ La documentación cancelada, será bonificada y amortizada a la deuda.
- ✓ Tendrá un plazo de **30 días** para el envío de la documentación cancelada, de lo contrario Facultará a Bienestar para descontar en **1** cuota el total del préstamo otorgado.

TOMO CONOCIMIENTO