

## SOLICITUD DE BENEFICIO ADICIONAL

### Compra de Plantillas Ortopédicas para Hijos Secora/Secoal

USO EXCLUSIVO MUTUAL	
Fecha Recepción Mutua	
N° OT	

#### 1. Antecedentes Adherente

Nombre:	Rut:
Domicilio:	Ciudad:
E-mail:	Teléfonos:

#### 2. Antecedentes persona por quien se solicita el beneficio

Nombre Completo Hijo:	Rut:
-----------------------	------

#### 3. Antecedentes para el Pago:

- Vale Vista (Sólo si no tiene cuenta bancaria para realizar transferencia):  
 Transferencia Bancaria (Siempre que el Titular de la Cuenta corresponda al Adherente Titular)

Nombre Titular Cuenta:	Rut:
N° de Cuenta:	Banco:
Correo Electrónico:	Tipo Cuenta*:

(\*) Criterio de Clasificación de Cuentas:

Clasificación	Cuenta Corriente	Cuenta de Ahorro	Cuenta Vista
Tipo de Cuenta	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Cuenta Corriente</li> <li>▪ Cuenta Joven</li> <li>▪ Cuenta Prima</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Cuenta de Ahorro</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Cuenta Vista</li> <li>▪ Chequera Electrónica</li> <li>▪ Cuenta RUT</li> </ul>

#### 4. Documentos y Requisitos

##### Documentos

- Solicitud de Beneficio firmada por el Adherente Titular.
- Boleta, bono o reembolso con fecha y nombre del paciente.

##### Requisitos Generales

- El Hijo debe encontrarse incorporado en la póliza.
- Debe encontrarse al día en el pago de sus primas.
- Tanto el Adherente Titular como su Hijo afectado deben encontrarse con vida al momento de solicitar el beneficio.
- La compra de plantillas debe realizarse dentro del territorio nacional.
- Límite de Otorgamiento: 1 vez al año, por cada hijo incorporado al respectivo convenio, a contar de la fecha de compra de las plantillas ortopédicas.
- Plazo de Presentación: 180 días contados a partir de la fecha de compra de las plantillas ortopédicas.
- Antigüedad Mínima: 7 meses contados desde la fecha de vigencia de la adhesión del componente afectado, hasta aquella en que se realiza la compra de las plantillas ortopédicas.

**Declaración del Solicitante:** Declaro haber leído detenidamente los documentos y requisitos asociados al beneficio que estoy solicitando, aceptando con pleno conocimiento que son para fundar la presente solicitud, de modo que Mutua de Seguros de Chile, evalúe y determine finalmente si procede o no el otorgamiento de la ayuda que se solicita.

**Nota:** Las solicitudes que sean rechazadas por falta de documentación o por presentar deudas, podrán volver a ser presentadas. Para tal efecto, debe realizar una nueva solicitud, adjuntando toda la documentación requisito del beneficio, dentro del plazo máximo de presentación de 180 días corridos, contados a partir de la fecha de pago de las plantillas ortopédicas.

\_\_\_\_\_  
FIRMA ADHERENTE

\_\_\_\_\_  
V° B° FUNCIONARIO

\_\_\_\_\_  
V° B° JEFE SUCURSAL