

USO EXCLUSIVO MUTUAL	
Fecha Recepción Mutual	
N° OT	

### 1. Antecedentes Adherente

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

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

Persona Afectada:	<input type="checkbox"/> Titular	<input type="checkbox"/> Cónyuge
Nombre Completo:	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)

<b>Nombre Titular Cuenta:</b>	<b>Rut:</b>
<b>N° de Cuenta:</b>	<b>Banco:</b>
<b>Correo Electrónico:</b>	<b>Tipo Cuenta*:</b>

(\*) 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.
- Certificado Médico, Epicrisis o Carnet de Alta con firma y timbre del médico cirujano, el cual debe indicar nombre del paciente, fecha y tipo de intervención.
- En el caso de contar con el Sistema de Salud Armada, además del certificado médico, debe adjuntar detalle de prestaciones médicas y certificado original que acredite el monto total, valor bonificado y copago a pagar por el Adherente.
- Programa médico pagado, bonos y reembolsos; documentos en original o bien fotocopia legalizada ante Notario
- En caso de existir Boletas "No Bonificadas" correspondientes a la intervención quirúrgica, deberán estar timbradas como "No Bonificable" por su Sistema de Salud, exceptuando el caso de FONASA. Estos documentos deberán presentarse en original o bien fotocopia legaliza ante Notario.
- En caso que la persona intervenida no esté afiliada a ningún sistema de salud, deberá presentar, además, una declaración jurada ante Notario, en la que indique que a la fecha de la intervención quirúrgica no estaba afiliada a ningún sistema de salud, acompañando las boletas originales

#### Requisitos Generales

- Debe encontrarse al día en el pago de sus primas.
- No se consideran para los efectos de este beneficio, los siguientes tipos de intervenciones: odontológicas como mucocele, frenectomías o cualquier procedimiento realizado en la cavidad oral por un profesional dentista, abortos provocados, exámenes médicos de diagnóstico tales como: endoscopías, colonoscopías, gastroduodenoscopías; tratamientos relacionados con la aplicación de productos inyectables, infiltraciones e intervenciones voluntarias (por ejemplo, cirugía plástica sin fines reconstructivos), entre otras. Asimismo, quedan excluidos los gastos originados por medicamentos y/o atenciones médicas anteriores o posteriores a la fecha de la intervención quirúrgica, así como los gastos por concepto de exámenes.
- El Adherente Titular y su Cónyuge deben encontrarse con vida al momento de solicitar el beneficio.

- La Intervención Quirúrgica debe haber sido realizada dentro del territorio nacional.
- Límite de Otorgamiento: 2 veces en total en el año por grupo familiar (Adherente Titular y Cónyuge)
- Plazo de Presentación: 210 días corridos contados a partir de la fecha de la intervención quirúrgica.
- Antigüedad Mínima: 3 meses contados desde la fecha de vigencia de la póliza para el Asegurado Titular o desde la fecha de incorporación del cónyuge, a la fecha de la intervención quirúrgica, excepto cesárea, 1 año.

**Consideraciones**

El beneficio será otorgado al cónyuge, siempre y cuando se encuentre debidamente incorporado y cumpla con la vigencia mínima requerida para solicitar el beneficio.

**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 MutuaL 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 210 días corridos, contados a partir de la fecha de pago de la intervención quirúrgica.

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

\_\_\_\_\_  
V° B° FUNCIONARIO

\_\_\_\_\_  
V° B° JEFE SUCURSAL

**CERTIFICADO MÉDICO (FORMATO TIPO)**  
**Opcional para beneficio de Intervenciones Quirúrgicas**

**1. Antecedentes del Paciente**

Nombre Completo Paciente:
Rut:

**2. Antecedentes de la Intervención Quirúrgica:**

Diagnóstico: ..... .....
Cirugía:
Fecha:    /        /        .-

**3. Antecedentes del Médico Tratante:**

Nombre Médico Tratante o Cirujano:
Rut:
Dirección Consulta Médica:
Teléfono:

\_\_\_\_\_  
FIRMA Y TIMBRE MÉDICO/  
CIRUJANO

Nota: Este documento se entenderá como válido sólo en el caso de que se presente **debidamente firmado y timbrado** por el Médico Tratante.

Documento para ser presentado en las Agencias de Mutua de Seguros de Chile, la cual se compromete a no hacer otro uso de la información aquí entregada, sino para el que ha sido solicitada.