

FECHA:

SOLICITUD DE BENEFICIO ADICIONAL GRATUITO
TIPO DE BENEFICIO: AUDÍFONOS RETROAURICULARES



NOMBRE DEL ASEGURADO:
RUT:
TELÉFONO:
DOMICILIO:
CIUDAD:
E-MAIL:

DOCUMENTOS

1. Solicitud de beneficio firmada por el Asegurado Titular.
2. Fotocopia de la orden o receta médica. Debe indicar nombre del paciente y la prescripción de los audífonos retroauriculares, con timbre y firma del Médico Tratante.
3. Bono, Programa o Reembolso, correspondiente a la compra de audífonos retroauriculares; documento en original, fotocopia legalizada ante Notario o timbrado por Bienestar*. Además, adjuntar fotocopia simple de la boleta de pago con fecha y nombre del paciente. Si su sistema de salud es FONASA y tiene 55 años o más, recuerde que dicha entidad le otorga una bonificación.
4. En caso de existir Boletas, "No Bonificadas", deberán estar timbradas como "No Bonificable" por su Sistema de Salud, exceptuando en el caso de FONASA. Estos documentos deberán presentarse en original, fotocopia legalizada ante Notario o timbrados por Bienestar*.

REQUISITOS

1. Límite de otorgamiento: 1 vez en un período de 3 años para el Asegurado Titular, a contar de la fecha de pago de los audífonos retroauriculares.
2. Plazo de Presentación: 60 días contados a partir de la fecha de pago de los audífonos retroauriculares.
3. Antigüedad mínima: 6 meses contados desde la fecha de vigencia de la póliza, a la fecha de pago de los audífonos retroauriculares.
4. Debe encontrarse al día en el pago de sus primas y sin préstamo de revalidación vigente.
5. La compra de los audífonos retroauriculares debe ser dentro del país.
6. El Asegurado Titular debe encontrarse con vida al momento del pago del beneficio.

* Bienestar: Se entenderá por tal, el respectivo departamento de bienestar o asistencia perteneciente a una empresa o entidad a la cual, el Asegurado Titular pertenezca.

NOTA: Si el asegurado no posee o no se encuentra afiliado a algún sistema de salud, a la fecha de pago de los audífonos retroauriculares, deberán presentar una declaración jurada firmada ante Notario, la cual indique dicha situación, adjuntando facturas o boletas originales.

El Beneficio debe ser pagado de la siguiente forma:

- Transferencia Bancaria (Complete la solicitud de pago mediante transferencia electrónica bancaria)
- Envío por correo a su domicilio.
- Envío por correo a otra dirección: _____
- Entregar Agencia de: _____

Declaración del solicitante: Declaro haber leído detenidamente los documentos y requisitos señalados precedentemente, aceptando con pleno conocimiento que son para fundar la presente solicitud, de modo que Mutual de Seguros de Chile, evalúe los mismos y determine finalmente si procede o no el otorgamiento de la ayuda que se solicita.

Firma del Asegurado

V° B° Funcionario

V° B° Jefe Agencia

ARICA
San Marcos N°438 Of.22
Fono: (58) 254423

IQUIQUE
Serrano N°154
Fono: (57) 422563

ANTOFAGASTA
Sucre N°397
Fono: (55) 223591

LA SERENA
Almirante Allard N°461
Fono: (51) 210902

VALPARAISO
Molina N°446
Fono: (32) 2326700
Casa Matiz

SANTIAGO
Moneda N°1137 Piso 2
Fono: (2) 6962971

CONCEPCION
Colo Colo N°374
Fono: (41) 2222135

TEMUCO
Las Heras N°698
Fono: (45) 213549

PUERTO MONTT
Pedro Montt N°65 Of.503
Fono: (65) 319848

PUNTA ARENAS
O'Higgins N°824
Fono: (61) 224429