

FECHA:



SOLICITUD DE BENEFICIO ADICIONAL GRATUITO
TIPO DE BENEFICIO: COMPLEMENTARIO AL PLAN GES (GARANTIAS EXPLICITAS DE SALUD)

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

DOCUMENTOS

1. Solicitud de beneficio firmada por el Asegurado Titular.
2. Certificado médico con timbre y firma del Médico Cirujano tratante, que indique nombre del paciente, diagnóstico, fecha y tipo de intervención quirúrgica, incluida dentro del listado de las patologías cubiertas por el plan GES. Este documento deberá ser presentado en original, fotocopia legalizada ante Notario o timbrado por Bienestar*.
3. Programa médico pagado, bonos y reembolsos, documentos en original, fotocopia legalizada ante Notario o timbrados por Bienestar*, correspondientes a la intervención quirúrgica. Además, se deberá acreditar que el copago de la intervención se realizó a través del plan GES.

REQUISITOS

1. Límite de otorgamiento: 1 vez en un periodo de 365 días para el Asegurado Titular, a contar de la fecha de la intervención quirúrgica cubierta por el Plan GES.
2. Plazo de Presentación: 180 días contados a partir de la fecha de la intervención quirúrgica cubierta por el Plan GES, la que debe efectuarse dentro del país.
3. Antigüedad mínima: 3 meses contados desde la fecha de vigencia de la póliza, a la fecha de la intervención quirúrgica cubierta por el plan GES.
4. Debe encontrarse al día en el pago de sus primas y sin préstamo de revalidación vigente.
5. 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.

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