

FECHA:

SOLICITUD DE BENEFICIO ADICIONAL GRATUITO
TIPO DE BENEFICIO: PÉRDIDA TOTAL EN EL PATRIMONIO POR INCENDIO



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

DOCUMENTOS

1. Solicitud de beneficio firmada por el Asegurado Titular
2. Certificado original extendido por el Comandante del Cuerpo de Bomberos de la localidad correspondiente, que indique nombre de la persona afectada, dirección del inmueble en que ocurrió el incendio, daños y *porcentaje total de pérdida de los enseres perdidos*.
3. Declaración Jurada del Asegurado Titular ante Notario, que indique los enseres (bienes muebles) perdidos, debidamente valorizados.
4. Copia del Parte Policial o Constancia que de cuenta del incendio, indicando nombre de persona que habita y dirección del inmueble siniestrado.
5. Copia de la Inscripción de dominio del inmueble en que ocurrió el incendio o contrato de arrendamiento, según corresponda. Si no fuere posible acreditar la condición de propietario o arrendatario del inmueble, deberá acompañar certificado de residencia otorgado por Carabineros de Chile.

REQUISITOS

1. Plazo de Presentación: 180 días a partir de la fecha del incendio.
2. Antigüedad mínima: 1 año contado desde la fecha de vigencia de la póliza a la fecha del incendio.
3. Debe encontrarse al día en el pago de sus primas y sin préstamo de revalidación vigente.
4. El Siniestro debe ocurrir dentro del país.
5. El Siniestro debe afectar como mínimo, un 75% de los bienes muebles de propiedad del Asegurado Titular que se encuentren en el inmueble habitado por él.
6. El Asegurado Titular debe encontrarse con vida al momento del pago del beneficio.

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 Matriz

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

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

TEMUCO
Los 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