

FECHA:

SOLICITUD DE BENEFICIO ADICIONAL GRATUITO

TIPO DE BENEFICIO: ODONTOLÓGICO PARA HIJOS

TRATAMIENTO DE ENDODONCIA Y ORTODONCIA



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

DOCUMENTOS

1. Solicitud de beneficio firmada por el Asegurado Titular.
2. Certificado Odontológico para Hijos debidamente completado, firmado y timbrado por el Cirujano Dentista.
3. Bono, Programa o Reembolso, correspondientes al tratamiento odontológico (Endodoncia, Ortodoncia o Ambos); documento en original, fotocopia legalizada ante Notario o timbrado por Bienestar*. Además, debe adjuntar fotocopia simple de la boleta de pago con fecha y nombre del paciente.
4. En caso de existir Boletas "No Bonificadas" correspondientes al tratamiento odontológico (Endodoncia, Ortodoncia o Ambos), deberán estar timbradas como "No Bonificable" por su Sistema de Salud, exceptuando el caso de FONASA. Estos documentos deberán presentarse en original, fotocopia legalizada ante Notario o timbrados por Bienestar*.

REQUISITOS

1. El Hijo debe encontrarse incorporado en la póliza.
2. Límite de otorgamiento: 1 vez en un periodo de 365 días por cada Hijo incorporado en la póliza con derecho a este beneficio, a contar de la fecha de pago del tratamiento odontológico.
3. Plazo de Presentación: 60 días contados a partir de la fecha de pago del tratamiento odontológico.
4. Antigüedad mínima: 3 meses contados desde la fecha de vigencia de la póliza, a la fecha de pago del tratamiento odontológico.
5. Debe encontrarse al día en el pago de sus primas y sin préstamo de revalidación vigente.
6. La prestación odontológica debe efectuarse dentro del país.
7. El Asegurado Titular y el beneficiario de esta ayuda 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: En caso que el Hijo no posea o no esté afiliado a algún Sistema de Salud a la fecha de pago del tratamiento odontológico, deberá 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
Molino 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
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

CERTIFICADO ODONTOLÓGICO

NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE:

PROCEDIMIENTO REALIZADO

ENDODONCIA

ORTODONCIA

AMBAS

VALOR TRATAMIENTO : \$ _____.-

FECHA TRATAMIENTO : _____ / _____ / _____.

CIRUJANO DENTISTA TRATANTE:

R.U.T.:

DIRECCIÓN CONSULTA MÉDICA:

TELÉFONO:

Firma y Timbre Cirujano Dentista

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