

FECHA:

SOLICITUD DE BENEFICIO ADICIONAL GRATUITO
TIPO DE BENEFICIO: OFTALMOLÓGICO



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

PERSONA POR QUIEN SE SOLICITA EL BENEFICIO

Titular

Cónyuge o Sustituto

Hijo

Si marca Cónyuge o Sustituto o Hijo, indicar:

NOMBRE COMPLETO:

DOCUMENTOS

1. Solicitud de beneficio firmada por el Asegurado Titular.
2. Fotocopia receta médica. Debe indicar nombre del paciente y especificaciones del lente, con timbre y firma del Médico especialista.
3. Bono, Programa o Reembolso correspondientes a la compra de lentes ópticos o de contacto; documento en original, fotocopia legalizada ante Notario o timbrado por Bienestar*. Además, adjuntar fotocopia simple de la boleta de compra de los lentes 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" correspondientes a la compra de lentes ópticos o de contacto, 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. Límite de otorgamiento: 1 vez en un período de 365 días para Titular, Cónyuge o Sustituto e Hijo**, a contar de la fecha de pago de los lentes ópticos o de contacto.
2. Plazo de Presentación: 60 días contados a partir de la fecha de pago de los lentes ópticos o de contacto.
3. Antigüedad mínima: 3 meses contados desde la fecha de vigencia de la póliza, a la fecha de pago de los lentes ópticos o de contacto.
4. Debe encontrarse al día en el pago de sus primas y sin préstamo de revalidación vigente.
5. La compra de los lentes ópticos o de contacto debe ser efectuada dentro del país.
6. 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.

** El Beneficio será otorgado al Cónyuge o Sustituto e Hijos, sólo si se trata de un seguro que otorgue cobertura a estas personas y siempre que se encuentren incorporados en la póliza.

NOTA: En el caso que el Asegurado Titular, Cónyuge o Sustituto e Hijos, no posean Sistema de Salud a la fecha de la adquisición y pago de los lentes ópticos o de contacto, 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
Malina 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