

FECHA:

**SOLICITUD DE BENEFICIO ADICIONAL GRATUITO**  
TIPO DE BENEFICIO: PLANTILLAS ORTOPÉDICAS PARA HIJOS



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

**DOCUMENTOS**

1. Solicitud de beneficio firmada por el Asegurado Titular.
2. Fotocopia de la orden o receta médica. Debe indicar nombre del paciente (hijo incorporado en la póliza) y la prescripción de las plantillas ortopédicas, con timbre y firma del Médico.
3. Bono, Programa o Reembolso, correspondientes a la compra de las plantillas ortopédicas; documento en original, fotocopia legalizada ante Notario o timbrado por Bienestar\*. Además, adjuntar fotocopia simple de la boleta de compra con fecha y nombre del paciente .
4. En caso de existir Boletas "No Bonificadas" correspondientes a la compra de las plantillas ortopédicas, 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, por cada Hijo incorporado en la póliza con derecho a este beneficio, a contar de la fecha de pago de las plantillas ortopédicas.
2. Plazo de Presentación: 60 días contados a partir de la fecha de pago de las plantillas ortopédicas.
3. Antigüedad mínima: 3 meses contados desde la fecha de vigencia de la póliza, a la fecha de pago de las plantillas ortopédicas.
4. Debe encontrarse al día en el pago de sus primas y sin préstamo de revalidación vigente.
5. La compra de las plantillas ortopédicas debe haberse efectuado 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.

NOTA: En caso que el hijo no se encuentre incorporado o afiliado a un sistema de salud a la fecha de pago de las plantillas ortopédicas, 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**  
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**  
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