SOLICITUD DE BENEFICIO ADICIONAL
Intervención Quirúrgica

USO EXCLUSIVO MUTUAL	
Fecha Recepción Mutual	
N° OT	

1. Antecedentes Contratante

Nombre:	Rut:
Domicilio:	Ciudad:
E-mail:	Teléfonos:

2. Antecedentes persona por quien se solicita el beneficio

Persona Afectada:	☐ Asegurado Titular	☐ Cónyuge o Sustituto	☐ Hijo	☐ Beneficiario, sólo seguro MAES
Nombre Completo:				Rut:
Sistema de Salud:	☐ Fonasa	☐ Isapre	☐ Otro:	☐ Sin Previsión

3. Antecedentes para el Pago :

☐ Vale Vista Banco BCI (Sólo si no tiene cuenta bancaria para realizar transferencia)

☐ Transferencia Bancaria (Siempre que el Titular de la cuenta corresponda al Contratante del seguro)

Nombre Titular Cuenta:	Rut:
N° de Cuenta:	Banco:
Correo Electrónico:	Tipo Cuenta*:

(*) Criterio de Clasificación de Cuentas:

Clasificación	Cuenta Corriente	Cuenta de Ahorro	Cuenta Vista
Tipo de Cuenta	▪ Cuenta Corriente ▪ Cuenta Joven ▪ Cuenta Prima	▪ Cuenta de Ahorro	▪ Cuenta Vista ▪ Chequera Electrónica ▪ Cuenta RUT

4. Documentos y Requisitos

Documentos

1. Solicitud de beneficio firmada por el Contratante del seguro.
2. Certificado médico, epicrisis o carnet de alta con firma y timbre del médico cirujano, el cual debe indicar nombre del paciente, fecha y tipo de intervención(Se incluye formulario adjunto que podrá utilizarse de manera opcional).
3. Comprobantes de pago de la cirugía tales cómo; bonos, reembolsos o programa médico pagado. En caso de existir boletas no bonificadas correspondientes a la intervención, deberán estar timbradas como "No Bonificable" por su sistema de salud, exceptuando el caso de Fonasa.
4. Para los sistemas de salud como Dipreca, Capredena o Jeafosale, entre otros, además del certificado médico, deberá presentar el detalle de prestaciones médicas, junto a certificado de copago que indique el valor que finalmente canceló el afectado.

Requisitos Generales

- Debe encontrarse al día en el pago de sus primas y cualquier otra obligación contraída con Mutual de Seguros de Chile, y sin préstamo de revalidación vigente.
- No se consideran para los efectos de este beneficio, los siguientes tipos de intervenciones: Odontologicas como mucocele, frenectomas o cualquier procedimiento realizado en la cavidad oral por un profesional dentista, abortos provocados, exámenes médicos de diagnostico tales como: endoscopías, colonoscopías, gastroduodenoscopías; tratamientos relacionados con la aplicación de productos.
- El Asegurado Titular y el beneficiario de esta ayuda deben encontrarse con vida al momento de solicitar el beneficio.
- La Intervención Quirúrgica debe haber sido realizada dentro del territorio nacional.
- Límite de Otorgamiento: 2 veces en total en el año, independientemente del número de personas incorporadas a la póliza que da lugar al beneficio.
- Plazo de Presentación: 210 días corridos contados a partir de la fecha de pago de la intervención quirúrgica.
- Antigüedad Mínima: 3 meses contados desde la fecha de vigencia de la póliza para el Asegurado Titular o desde la

- fecha de incorporación del componente, a la fecha de la intervención quirúrgica, excepto cesárea, caso en que se exige un año de carencia.
- En caso que se ejecute más de una intervención quirúrgica, en una misma sesión de pabellón, se pagará una sola ayuda. Se exceptúa de lo anterior, aquellas intervenciones quirúrgicas que cuenten con más de un programa médico o gastos que acrediten el pago de más de un pabellón.

Declaración del Solicitante : Declaro estar en conocimiento de que el otorgamiento de este Beneficio está supeditado a la evaluación de los antecedentes presentados y requisitos exigidos en la presente solicitud, asimismo, que el plazo de respuesta corresponde a un máximo de 20 días hábiles a partir de la fecha de recepción dela solicitud por Mutual de Seguros de Chile.

Mutual de Seguros de Chile se reserva el derecho para solicitar mayores antecedentes a los estipulados en esta declaración cuando sea necesario.

Nota: Las solicitudes que sean rechazadas por falta de documentación o por presentar deudas, podrán volver a ser presentadas. Para tal efecto, debe realizar una nueva solicitud, adjuntando toda la documentación requisito del beneficio, dentro del plazo máximo de presentación de 210 días corridos, contados a partir de la fecha de pago de la intervención quirúrgica.

FIRMA CONTRATANTE	V° B° FUNCIONARIO	V° B° JEFE SUCURSAL

MUTUAL DE SEGUROS DE CHILE

CERTIFICADO MÉDICO (FORMATO TIPO)
Opcional para beneficio de Intervención Quirúrgica

1. Antecedentes del Paciente

Nombre Completo Paciente:
Rut:

2. Antecedentes de la Intervención Quirúrgica:

Diagnóstico: ....
Cirugía:
Fecha Cirugía: / / . -

3. Antecedentes del Médico Tratante:

Nombre Médico Tratante o Cirujano:
Rut:
Dirección Consulta Médica:
Teléfono:

FIRMA Y TIMBRE MÉDICO/
CIRUJANO

Nota: Este documento se entenderá como válido sólo en el caso de que se presente debidamente firmado y timbrado por el Médico Tratante.

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