SOLICITUD DE BENEFICIO ADICIONAL
Mamografía / Papanicolau

Beneficio exclusivo seguros Mutual Mujer Protegida y Mutual Salud Protegida.

Beneficio: Marque con una X el beneficio a solicitar	USO EXCLUSIVO MUTUAL	
☐ Papanicolau	Fecha Recepción Mutual	
☐ Mamografía	N° OT	

1. Antecedentes Contratante

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

2. Antecedentes persona por quien se solicita el beneficio

Nombre Completo:	Rut:

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/la Contratante del seguro.
2. Boleta, bono o reembolso, correspondiente al examen papanicolau y/o mamografía,indicando el nombre del paciente y fecha de pago del examen médico.

Requisitos Generales

- Debe encontrarse al día en el pago de sus primas y sin préstamo de revalidación vigente.
- El (La) Asegurado (a) Titular debe encontrarse con vida al momento de solicitar el beneficio.
  Los exámenes deben realizarse dentro del territorio nacional.
- Límite de Otorgamiento: 1 vez en el año, a contar de la fecha de pago del examen médico.
- Plazo de Presentación: 180 días contados a partir de la fecha del pago del examen médico.
- Antigüedad Mínima: 3 meses contados desde la fecha de vigencia de la póliza para la asegurada titular o desde la fecha de incorporación del componente (caso mutual salud protegida), a la fecha del examen médico.

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 mavores 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 180 días corridos, contados desde la fecha de pago del examen médico.

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