SOLICITUD DE BENEFICIO ADICIONAL
Plantillas Ortopédicas para Hijos

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

Nombre Completo Hijo:	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 Contratante del seguro.
2. Boleta, bono o reembolso con fecha y nombre del paciente.

Requisitos Generales

- El Hijo debe encontrarse incorporado en la póliza.
- Debe encontrarse al día en el pago de sus primas y sin préstamo de revalidación vigente.
- El Asegurado Titular y el hijo beneficiario de esta ayuda deben encontrarse con vida al momento de solicitar el beneficio.
- La compra de plantillas debe realizarse dentro del territorio nacional.
- 1 vez en un periodo de el año, por cada hijo incorporado en la póliza asociada en este beneficio.
- Plazo de Presentación: 180 días contados a partir de la fecha de compra de las plantillas ortopédicas
- Antigüedad Mínima: 7 meses contados desde la fecha de incorporación del hijo, a la fecha de la compra de las plantillas ortopédicas.

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 de la 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 180 días corridos, contados a partir de la fecha de pago de las plantillas ortopédicas.

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