

SOLICITUD DE BENEFICIO ADICIONAL

Enfermedades de Alto Riesgo

Para pólizas con vigencia anterior a 01-04-2018

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:	<input type="checkbox"/> Asegurado Titular	<input type="checkbox"/> Cónyuge o Sustituto
Nombre Completo:	Rut:	

3. Antecedentes para el Pago:

- Vale Vista (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	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cuenta Corriente ▪ Cuenta Joven ▪ Cuenta Prima 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cuenta de Ahorro 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cuenta Vista ▪ Chequera Electrónica ▪ Cuenta RUT

4. Documentos y Requisitos

Documentos

- Solicitud de beneficio firmada por el Contratante del seguro.
- Certificado médico (adjunto en este formulario de solicitud del beneficio se encuentra un formato tipo) con timbre y firma del médico especialista, que indique nombre del paciente, diagnóstico, fecha en que se realizó la cirugía o fecha de inicio del tratamiento (diálisis, quimioterapia, radioterapia o paliativo inmunoterapia, radioyodo o braquiterapia)
- Las siguientes enfermedades están consideradas en este beneficio:
 - Cirugía a corazón abierto
 - Colocación marcapaso cardíaco definitivo.
 - Cáncer tratado con radioterapia, quimioterapia, inmunoterapia, radioyodo o braquiterapia.
 - Cáncer tratado paliativamente.
 - Insuficiencia renal crónica terminal que requiera diálisis.

Requisitos Generales

- Debe encontrarse al día en el pago de sus primas y sin préstamo de revalidación vigente.
- El Asegurado Titular o Contratante y las personas incorporadas a la póliza, que motiven el otorgamiento de la ayuda, deben encontrarse con vida al momento de solicitar el beneficio y haber iniciado el tratamiento respectivo.
- Límite de Otorgamiento: 1 vez en la vida para el Asegurado Titular y/o Cónyuge o Sustituto, sólo en el caso de que se trate de un seguro que entregue cobertura a estas personas, y se encuentren debidamente incorporadas en la póliza, además de que no se haya solicitado este beneficio previamente al Asegurado Titular.
- Plazo de Presentación: Sin plazo de presentación.
- Antigüedad Mínima: 5 años desde la fecha de vigencia de la póliza, hasta la fecha en que se realizó la cirugía, o a la fecha de inicio de los tratamientos de diálisis, quimioterapia, radioterapia o paliativo. En el caso del Cónyuge o Sustituto, 5 años desde que fue incorporado al seguro.

Consideraciones

El uso de este Beneficio extingue total y definitivamente la posibilidad de optar al Beneficio de Bonificación al Vencimiento Mutual Capital Garantizado y de Intervenciones Quirúrgicas, cuando se trate de cirugía a corazón abierto o colocación de marcapasos cardíaco definitivo.

En caso de presentarse una petición de beneficio por Enfermedades de Alto Riesgo y por Intervenciones Quirúrgicas relacionadas con un mismo diagnóstico y realizados los procedimientos dentro de un año móvil, siempre que cumpla con los requisitos de otorgamiento, se cursará sólo uno de los dos beneficios, el que resulte más favorable para el Asegurado Titular, quedando automáticamente sin efecto el otro beneficio.

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 Mutua de Seguros de Chile.

Mutua 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.

FIRMA CONTRATANTE

V° B° FUNCIONARIO

V° B° JEFE SUCURSAL

CERTIFICADO MÉDICO (FORMATO TIPO)

Enfermedades de Alto Riesgo

1. Antecedentes del Paciente

Nombre Completo Paciente:
Rut:

2.1. En caso de haber sido sometido a una Intervención Quirúrgica, completar la siguiente información:

Diagnóstico:
Cirugía:
Fecha Cirugía: / / .-

2.2. En caso de haber iniciado un Tratamiento, completar la siguiente información:

Diagnóstico:
Tratamiento:
Fecha Inicio Tratamiento: / / .-

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 Mutua 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.