MUTUAL DE SEGUROS DE CHILE

SOLICITUD DE BENEFICIO ADICIONAL
Mamografía / Papanicolau
Beneficio exlusivo Mutual Mujer Protegida y Seguro 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 Componente Afectado:	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	▪ 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 la Asegurada titular o Contratante, según corresponda.
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.
- Quien motive el otorgamiento del beneficio debe encontrarse con vida al momento de solicitar el beneficio.
- Los exámenes deben realizarse dentro del territorio nacional.
- Límite de Otorgamiento: 1 vez al año por componente que motive el otorgamiento del beneficio, 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: 7 meses contados desde la fecha de vigencia de la póliza, a la fecha de pago 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 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 desde la fecha de pago del examen médico.

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