

SOLICITUD DE BENEFICIO ADICIONAL

Prestaciones Dentales

USO EXCLUSIVO MUTUAL	
Fecha Recepción Mutua	
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	<input type="checkbox"/> Hijo
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.
- Boleta, bono, programa o reembolso correspondiente al tratamiento odontológico, con fecha, nombre del paciente y detalle de las prestaciones realizadas. Si con los antecedentes tenidos a la vista aún quedaran dudas sobre la prestación efectuada, se solicitará el Presupuesto o Certificado dental.
- Para los sistemas de salud como Dipreca, Capredena o Jeafosale, entre otros, en reemplazo de los documentos indicados en punto 2. precedente, podrá presentar el Detalle de Prestaciones Dentales, 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 sin préstamo de revalidación vigente.
- El Asegurado Titular y el beneficiario de esta ayuda deben encontrarse con vida al momento de solicitar el beneficio.
- La atención dental debe haber sido realizada dentro del territorio nacional.
- Límite de Otorgamiento: 3 veces al año, independientemente del número de personas incorporadas a la póliza que da lugar al beneficio.
- Plazo de Presentación: 180 días corridos contados a partir de la fecha de pago de la atención dental.
- Antigüedad Mínima: 7 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 pago de la atención dental.

Declaración del Solicitante: Declaro estar en conocimiento de que el otorgamiento de este Beneficio como consulta o cirugía 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, dentro del plazo máximo de presentación de 180 días corridos, contados a partir de la fecha de pago de la prestación odontológica.

FIRMA CONTRATANTE

V° B° FUNCIONARIO

V° B° JEFE SUCURSAL

