

**REGLAMENTO
BENEFICIOS ADICIONALES 2025
ASOCIADOS A SEGUROS COLECTIVOS**

ÍNDICE

GENERALIDADES Y CONCEPTOS	3
REQUISITOS GENERALES	5
¿CÓMO SOLICITAR LOS BENEFICIOS ADICIONALES?	6
REQUISITOS PARTICULARES Y DETERMINACIÓN DEL MONTO	6
TELEMEDICINA	6
ENFERMEDADES DE ALTO RIESGO (EAR)	7
BONO POR NATALIDAD O ADOPCIÓN	9
INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS (IQ)	9
PRESTACIONES DENTALES	11
COMPRA DE PLANTILLAS ORTOPÉDICAS PARA HIJOS	12
AYUDA POR INCENDIO, TERREMOTO Y/O TSUNAMI	12
DESCUENTO SOAP	13
BONIFICACIÓN EXCELENCIA ACADÉMICA PROGRAMA DE EDUCACIÓN FINANCIERA	14
DESCUENTOS EN MEDICAMENTOS FARMACIAS CRUZ VERDE	14

AGREGAMOS VALOR A TU SEGURO

Los Beneficios Adicionales son ayudas de carácter económico y social, cuyo fin es apoyar el bienestar de las personas en áreas sensibles, como salud y en educación. En virtud de su condición de Corporación sin fines de lucro de espíritu mutualista, Mutual entrega estas ayudas para sus asegurados, sin costos adicionales y sujeto a la disponibilidad de excedentes para tal efecto.

En este contexto, los beneficios no tienen por finalidad brindar una cobertura (como ocurre en el caso de las pólizas), destacando con ello que están diseñados para cubrir la totalidad de los costos generados por dichas contingencias, sino más bien su finalidad es atenuar el impacto económico de tales situaciones que puedan afectar a los asociados de la Corporación.

Por esa razón, para determinar los montos de la ayuda monetaria, en aquellos casos en que el beneficio consiste en una suma de dinero, se considera la antigüedad del Adherente, determinando así los montos máximos a percibir en cada caso y que se detalla en cada beneficio.

Es importante tener presente que, los Beneficios Adicionales de Mutual de Seguros de Chile, se conceden de acuerdo a los requisitos fijados en forma particular para cada caso, sin perjuicio de los requisitos generales aquí señalados. Todos ellos son establecidos, revisados y aprobados anualmente por el Consejo Directivo de la Corporación.

Los Beneficios Adicionales contemplados en el presente documento, corresponden a los aprobados por el Consejo Directivo y presentados a la Junta General de Asociados de Mutual de Seguros de Chile, para el periodo entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2025.

GENERALIDADES Y CONCEPTOS

- **Convenio de adhesión:** Documento que se suscribe con el fin de incorporarse a la cobertura de un seguro colectivo.
- **Adherente:** Aquella persona que se ha incorporado a una cobertura de seguro colectivo de los planes que se señalan en el punto siguiente:
- **Planes colectivos y masivos asociados a este reglamento:**
 1. Convenio de Seguro Colectivo de Vida Familiar entre la Mutual de Seguros de Chile y:
 - a. Astilleros y Maestranzas de la Armada.
 - b. La Dirección de Bienestar Social de la Armada.
 - c. El Servicio Hidrográfico y Oceanográfico de la Armada.
 - d. La Dirección General del Territorio Marítimo y Marina Mercante.
 - e. El Hospital Naval de Talcahuano "Almirante Adriaola".
 - f. El Sindicato de Trabajadores de Mutual de Seguros de Chile.
 2. Convenio de Seguro Colectivo de Vida Unipersonal y del tipo Protección Familiar entre la Mutual de Seguros de Chile y:
 - a. Schüssler S.A.
 - b. Tacopa Ltda.
 3. Convenio de Seguro Colectivo Masivo entre Mutual de Seguros de Chile y:
 - a. El Instituto de Seguridad del Trabajo IST.
 - b. La Caja de Compensación y Asignación Familiar Gabriela Mistral.
 - c. Parinacoop Ltda.
 - d. Centromed.

Otros Planes Colectivos que estarán asociados a los beneficios

Sin perjuicio del detalle de Seguros Colectivos de Vida Unipersonal, del tipo Protección Familiar y de aquellos de tipo Masivo anteriormente señalados, se deja constancia que también estarán afectos a este Reglamento aquellos convenios colectivos de seguros de vida, que sean suscritos entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2025, de acuerdo con los Beneficios Adicionales que se convengan para cada convenio.

Plan		Personas incorporadas a la cobertura		
		Adherente	Cónyuge o sustituto	Hijo(s)
Astilleros y Maestranzas de la Armada (ASMAR)		✓	—	—
Dirección de Bienestar Social de la Armada		✓	—	—
Servicio Hidráulico y Oceanográfico de la Armada		✓	—	—
Dirección General de Territorio Marítimo y Marina Mercante.		✓	—	—
Hospital Naval Almte. Adriazola Talcahuano		✓	—	—
Mutual de Seguros de Chile		✓	—	—
Schüssler S.A.		✓	—	—
Tacopa Ltda.		✓	—	—
Instituto de Seguridad del Trabajo IST		✓	✓	✓
Caja de Compensación Gabriela Mistral		✓	—	—
Parinacoop Ltda. Plan Protección	Básico Unipersonal	✓	—	—
	Superior Unipersonal	✓	—	—
	Básico Familiar	✓	✓	✓
	Superior Familiar	✓	✓	✓
Parinacoop Ltda. Plan Escolar	Básico	✓	—	✓
	Plus	✓	—	✓
Centromed		✓	—	—
Seguros Colectivos de Vida		✓	—	—

- **Inicio de vigencia de la póliza:** Para determinar la vigencia aplicable, se considerará como fecha de inicio de las adhesiones a los seguros colectivos, la que corresponde al mes en que entra en vigencia la adhesión.

En relación con lo anterior, se hace presente que de acuerdo a las condiciones del Contrato de Seguro respectivo, el adherente debe suscribir un convenio de adhesión al momento de adherirse al Plan de Seguro Colectivo, como también cada vez que desee aumentar o disminuir el capital asegurado, cuando corresponda.

Cada convenio de adhesión al Contrato de Seguro Colectivo, tiene su propia fecha de vigencia, pero debe tenerse presente que los aumentos o disminuciones de capital de ese seguro colectivo se materializan mediante la suscripción de una nueva adhesión, de tal forma que un adherente puede tener más de un convenio de adhesión con distintas fechas de vigencia; sin embargo, se considerará la adhesión con mayor antigüedad.

- **Unidad monetaria fijada para el pago del beneficio:** Todos los beneficios, se pagarán en pesos moneda de curso legal.

- **Condición de otorgamiento y financiamiento de los beneficios:** El otorgamiento de los Beneficios Adicionales está condicionado a la disponibilidad de los fondos que anualmente se hubieren asignado al efecto, por resolución del Consejo Directivo de la Mutual de Seguros de Chile.

- **Concepto de “Hijos y Cónyuge o Sustituto incorporados al seguro”:** Para los efectos de los Beneficios Adicionales de Mutual de Seguros de Chile, se entiende que son hijos y cónyuge o sustituto incorporados al seguro, en los planes familiares, tanto aquellos respecto de los cuales exista una cobertura de fallecimiento como aquellos cuyo fallecimiento se encuentra amparado por una cobertura de reembolso de servicios funerarios.

Así también, en el caso del seguro Oncológico Familiar, se entenderá por hijos y cónyuge o sustituto incorporados al seguro, a aquellos respecto de los cuales exista una cobertura de protección oncológica vigente.

- **Gasto efectivo:** Es aquél que es de cargo, soportado y desembolsado por el propio Adherente, luego de descontar del gasto total todos los aportes, ayudas o reembolsos que el adherente pueda tener, los cuales serán exigidos de acuerdo a la especificación de cada beneficio.

Si efectuados todos estos descuentos, el costo final de cargo del Adherente resulta ser “cero pesos”, no corresponderá el pago del respectivo beneficio.

- **Deudas al momento de evaluar la solicitud:** Para el otorgamiento de los Beneficios Adicionales, es necesario que el Adherente no mantenga deudas por primas vigentes en cualquiera de los planes detallados anteriormente. Se considera un mes de gracia, tanto para pólizas en U.M. como U.F., es decir, si solicita el beneficio en el mes de marzo 2025, deberá tener pagada las primas del convenio y otras obligaciones contraídas con Mutual hasta enero 2025.

- **Límite de otorgamiento:** Cantidad máxima de beneficios a los que puede optar un adherente en un periodo de año calendario, es decir, enero a diciembre.

- **Fecha de evento:** Fecha del pago de la prestación médico o ocurrencia del evento médico, según se estipula en las condiciones particulares de cada beneficio.

- **Carencia:** Tiempo transcurrido desde el inicio de vigencia del convenio de adhesión a la fecha de evento.

- **Préstamo de Revalidación:** Se refiere a las facilidades de pago que ha otorgado la Corporación a un Adherente para permitir la rehabilitación o revalidación de una póliza que ha perdido su vigencia por falta de pago de primas.

REQUISITOS GENERALES

- La póliza de seguro a la cual se encuentra asociado el beneficio debe estar vigente al momento de la solicitud del mismo. En caso de que esta póliza al momento de su otorgamiento, se encuentre anulada por renuncia, rescate o no pago de primas, no procederá el pago de la ayuda.

- El hecho de tener un préstamo de revalidación vigente, inhabilita para solicitar beneficios, hasta que dicho préstamo se encuentre totalmente pagado.

- El Adherente y las personas incorporadas a la póliza, que motiven el otorgamiento de la ayuda, deben encontrarse con vida al momento de solicitar el Beneficio.

- Presentar los documentos que se requieran para cada caso, según se especifique en cada beneficio.

- Si se trata de ayudas médicas, y el causante de la ayuda no está adherido a un sistema de salud, será necesario que presente una declaración jurada ante notario en tal sentido, junto a los documentos que den cuenta de la prestación realizada, en los casos que se requiera.

- Asimismo, tratándose de ayudas que se otorgan en razón de prestaciones de salud, si se incurre en gastos que no sean bonificables por la respectiva Institución de Salud Previsional, los comprobantes y boletas respectivas deberán estar timbradas con la frase “No Bonificable”, en los casos que se requiera. Se exceptúa de lo anterior, los afiliados a FONASA y a los sistemas de salud de las Fuerzas Armadas y de Orden de acuerdo a las condiciones de cada beneficio.

- Con todo, durante la tramitación del beneficio, Mutual de Seguros de Chile podrá solicitar que se complementen los antecedentes aportados, cuando a su juicio sea necesario.

- Todos los documentos que se presenten para acreditar las circunstancias o prestaciones que dan lugar al otorgamiento de beneficios, en cualquier caso, deben tener su origen en el territorio nacional. En consecuencia, no se otorgarán beneficios por prestaciones de salud, adquisiciones de artículos bajo prescripción médica o eventos, que se hayan realizado en el extranjero.

- Los montos de estas ayudas, cuando corresponda, se determinan según el gasto efectivo incurrido por el Adherente.

- Se entiende por pluralidad, el evento de que se presente un conjunto de solicitudes de beneficios por concepto de prestaciones realizadas a un mismo interesado, en ningún caso el monto total a otorgar podrá exceder el monto del gasto efectivo en que se ha incurrido.

- Para optar a los Beneficios Adicionales es necesario acompañar a la documentación requerida en cada caso, según se especifica en la descripción de cada uno.

- Sólo se recibirán solicitudes presenciales que no se encuentren firmadas por el Adherente Jubilado cuando éste se encuentre imposibilitado de firmar, para lo cual deberá presentarse la cédula de identidad del solicitante, que indique “NO FIRMA” o ésta sólo cuente con huella dactilar, o se presente la solicitud firmada por un tercero “A Ruego” del solicitante. En este caso, la firma del tercero deberá estar autorizada por un notario público, con la certificación de que el tercero ha firmado a ruego del solicitante, por no poder firmar éste.

El formulario del beneficio podrá ser solicitado escribiendo a la casilla beneficios@mutualdeseguros.cl o en cualquier sucursal.

¿Cómo solicitar los Beneficios Adicionales?

Todos los Beneficios Adicionales pueden ser solicitados a través de la plataforma web Sucursal Virtual, donde el adherente del seguro ingresará autenticándose con su Rut y clave secreta.

Para aquellos Adherentes que no cuenten con medios tecnológicos para realizar el requerimiento mediante la plataforma virtual, podrán presentar una solicitud firmada por el Adherente, y la documentación requerida, en cualquiera de las sucursales de Mutual a lo largo del país.

VIGENCIA

DESDE EL 1 DE ENERO HASTA EL 31 DE DICIEMBRE DE 2025

REQUISITOS PARTICULARES Y DETERMINACIÓN DEL MONTO

TELEMEDICINA

Consiste en el otorgamiento de atenciones gratuitas e ilimitadas de las siguientes especialidades: medicina general, medicina pediátrica y medicina veterinaria, mediante telemedicina, lo que significa una atención a través de un canal remoto que implica audio y video de forma simultánea.

Adicionalmente, podrá inscribir a sus mascotas (2 como máximo) en el portal de Mediclic, lo que le permitirá acceder a atenciones con un especialista de medicina veterinaria bajo modalidad de agendamiento en línea.

Para acceder a este beneficio, es necesario que el adherente disponga de un correo electrónico y de los medios necesarios para conectarse a la videollamada para la atención de telemedicina (internet, wifi, pc, celular, etc).

Carencia: El beneficio podrá ser solicitado desde el inicio de la vigencia de la adhesión.

Límite de otorgamiento: El beneficio contempla atenciones ilimitadas.

Requisitos particulares:

- **Para especialidad de Medicina General:** Tener la calidad de Adherente Titular, Cónyuge o Sustituto, Hijo o Carga mayor de 15 años de edad.

- **Para especialidad de Pediatría:** Tener calidad de hijo o carga incorporada al seguro (caso seguro Oncológico), con menos de 15 años de edad cumplidos al día de la reserva y de la atención médica.

ENFERMEDADES DE ALTO RIESGO (EAR)

Es una ayuda monetaria para el adherente, en caso de que él o su cónyuge o sustituto incorporado al seguro, sufran una enfermedad de alto riesgo.

Patologías o enfermedades por las que se entrega este Beneficio:

- Cirugía a corazón abierto.
- Colocación de marcapaso cardíaco definitivo.
- Cáncer tratado con radioterapia, quimioterapia, inmunoterapia, radioyodo o braquiterapia.
- Cáncer tratado paliativamente.
- Insuficiencia renal crónica terminal que requiera diálisis.

Importante: La calificación de la enfermedad de alto riesgo será efectuada por el Departamento Médico de la Mutual de Seguros de Chile, de acuerdo con los antecedentes presentados.

Planes que tienen asociado este beneficio: Instituto de Seguridad del Trabajo, IST.

Carencia: 5 años contados desde la fecha de vigencia del convenio de adhesión para el adherente, o desde la fecha de incorporación en el caso del cónyuge o sustituto, a la fecha de inicio del tratamiento respectivo o de la cirugía.

Límite de otorgamiento: 1 vez en la vida para el Adherente y/o cónyuge o sustituto.

Documentos Requeridos:

- Solicitud de beneficio firmada por el Adherente (solo para solicitudes presenciales).
- Certificado médico con timbre y firma del facultativo que lo extiende. Este documento debe consignar el nombre del paciente, su diagnóstico y la fecha de inicio de la enfermedad y del tratamiento. La cirugía o tratamiento debe haberse iniciado para efectos del otorgamiento del beneficio, lo que quiere decir que este no se pagará por eventos futuros, ni solo diagnóstico.

Plan		Persona que motiva el otorgamiento del beneficio		
		Adherente	Cónyuge o sustituto	Hijo(s)
Astilleros y Maestranzas de la Armada (ASMAR)		✓	—	—
Dirección de Bienestar Social de la Armada		✓	—	—
Servicio Hidráulico y Oceanográfico de la Armada		✓	—	—
Dirección General de Territorio Marítimo y Marina Mercante.		✓	—	—
Hospital Naval Almte. Adriaola Talcahuano		✓	—	—
Mutual de Seguros de Chile		✓	—	—
Mutual Seguro Oncológico		✓	✓	✓
Schüssler S.A.		✓	—	—
Tacopa Ltda.		✓	—	—
Instituto de Seguridad del Trabajo IST		✓	✓	✓
Caja de Compensación Gabriela Mistral		✓	—	—
Parinacoop Ltda. Plan Protección	Básico Unipersonal	✓	—	—
	Superior Unipersonal	✓	—	—
	Básico Familiar	✓	✓	✓
	Superior Familiar	✓	✓	✓
Parinacoop Ltda. Plan Escolar	Básico	✓	—	✓
	Plus	✓	—	✓
Centromed		✓	—	—
Seguros Colectivos de Vida		✓	—	—

Modalidad de Pago:

- Transferencia bancaria a una cuenta de propiedad del Adherente.
- Vale Vista (Sólo si no tiene cuenta bancaria).

Monto del beneficio:

El monto del beneficio se calcula en base a la antigüedad del seguro a la fecha de evento y el capital asegurado de la(s) póliza(s) asociada(s) al beneficio:

1. Se calcula un puntaje, que se obtiene al multiplicar el capital asegurado, expresado en Unidades Mutual o U.F. según corresponda, por los años de vigencia de la póliza, como los “años cumplidos” entre la fecha de vigencia de la póliza y la fecha en que se realizó la cirugía, o la fecha del inicio de los tratamientos de diálisis, radioterapia, quimioterapia, inmunoterapia, radioyodo o braquiterapia o paliativos, exigidos como condición para calificar la enfermedad de alto riesgo.
2. Con este puntaje, se consulta la tabla de cálculo y se obtiene el monto de ayuda.
3. Para los efectos del cálculo del monto del beneficio, el capital base de la póliza se considera como máximo de 100 UM, aunque sea mayor a dicho monto y 150 U.F. para las pólizas valorizadas en U.F.
4. El monto total de este beneficio será la suma de las ayudas calculadas para cada adhesión individualmente considerada.
5. Cuando la enfermedad de alto riesgo afecte al cónyuge o a su sustituto, esta ayuda será la mitad del monto que asigna la tabla de cálculo, quedando disponible el 50% restante para el Adherente, si a éste le afecta posteriormente una enfermedad de alto riesgo.

Monto máximo: El monto máximo del beneficio no podrá exceder los \$1.092.060.- para el Adherente, y en caso del Cónyuge o Sustituto, este no podrá exceder el 50% de dicho valor.

Monto mínimo: Se establece un monto mínimo de pago de \$273.015.-, independientemente del valor que resulte de aplicar la escala de porcentaje sobre el capital base.

Para las solicitudes de beneficios cuya fecha de cirugías o tratamientos sea anterior al 1 de enero de 2025, se aplicarán los montos mínimos y máximos del beneficio correspondiente al Reglamento de Beneficios Adicionales del periodo atingente a la fecha del evento.

Tabla de Cálculo

Puntaje Total	Ayuda Máxima (en pesos)
0 a 500	\$273.015.-
500 a 1.000	\$546.030.-
1.000 y más	\$1.092.060.-

Incompatibilidades:

- En caso de presentarse una petición de Beneficio por Enfermedades de Alto Riesgo y una por intervenciones quirúrgicas con motivo de haberse realizado una Cirugía a Corazón Abierto o Colocación de marcapaso cardíaco definitivo, se cursará sólo uno de los dos beneficios, el que resulte más favorable para el Adherente.
- En caso de que una persona sea Adherente de un plan colectivo o masivo moderno y además sea titular de una póliza de seguro individual, se calcula el monto de esta o estas, de acuerdo al Reglamento de Beneficios asociados a Seguros Individuales y luego se le suma el monto del beneficio obtenido por el plan masivo respectivo. El cálculo para el plan masivo se realiza con un tope de 100 U.M. o 150 U.F., según corresponda de capital (de manera análoga al procedimiento de cálculo establecido para los beneficios asociados a Seguros Individuales).
- En el evento de que al Adherente se le haya otorgado el Beneficio por Enfermedades de Alto Riesgo, ya sea por tratamientos efectuados a él o su cónyuge incorporado, y dentro de un año móvil haya sido intervenido quirúrgicamente con motivo de la enfermedad de alto riesgo, no corresponderá el pago del Beneficio de Intervenciones Quirúrgicas si es solicitado, ya que, para todos los efectos el Beneficio de Enfermedades de Alto Riesgo representa un mayor aporte económico para el Adherente.
- En el evento de que al Adherente se le haya otorgado el Beneficio de Intervenciones Quirúrgicas (IQ), por prestaciones realizadas a él o su cónyuge incorporado, y luego solicite el Beneficio de Enfermedades de Alto Riesgo, se descontará el monto correspondiente a la IQ, siempre que esta se encuentre relacionada a la enfermedad de alto riesgo y haya acontecido dentro del año móvil anterior o posterior a la fecha de evento de la enfermedad de alto riesgo. Si efectuado el descuento el monto resultante resulta ser cero pesos, no corresponderá el pago del beneficio de EAR.

BONO POR NATALIDAD O ADOPCIÓN

Contempla la entrega de una ayuda monetaria para el Adherente por el nacimiento o adopción de un hijo.

Planes que tienen asociado este beneficio: Toda la cartera de Colectivos y Masivos incluidos en el presente Reglamento, a excepción de los "Otros planes colectivos" indicados en la sección Generalidades y Conceptos.

Carencia: 1 año contado desde la fecha de vigencia del convenio de adhesión, a la fecha del nacimiento o adopción.

Límite de otorgamiento: El beneficio se paga una sola vez, por cada Hijo nacido o adoptado cuando proceda. En caso de ocurrir un nacimiento múltiple, se otorgará un beneficio por cada hijo nacido.

Plazo de presentación: 180 días corridos contados a partir de la fecha de nacimiento o desde la fecha que haya quedado ejecutoriada la sentencia de adopción.

Documentos Requeridos:

- Solicitud de Beneficio firmada por el Adherente (solo para solicitudes presenciales).
- Certificado de nacimiento del hijo.
- En caso de adopción, se debe adjuntar una copia autorizada de la sentencia que otorgó la adopción, la que deberá encontrarse firme y ejecutoriada. Como alternativa, es posible exhibir un Certificado de Adopción emitido por el mismo tribunal que la haya otorgado.

Modalidad de Pago:

- Transferencia bancaria a una cuenta de propiedad del adherente.
- Vale Vista (Sólo si no tiene cuenta bancaria).

Monto del beneficio: El monto de este beneficio es de \$90.000.-, cualquiera sea la cantidad de pólizas que tenga asociadas al beneficio el Adherente.

Incompatibilidades:

Si el nacimiento se produce por cesárea, podrá solicitarse el Beneficio por Intervenciones Quirúrgicas si éste es procedente y significa un mayor aporte, quedando excluida la posibilidad de solicitar el beneficio Bono

por Natalidad o Adopción. En consecuencia, ambos beneficios son incompatibles, de modo que cualquiera de ellos que se hubiese pagado al Adherente con ocasión del nacimiento, extingue la posibilidad de solicitar el otro beneficio, cualquiera fuere el monto otorgado.

INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS (IQ)

Consiste en la entrega de una ayuda monetaria en caso de que, el Adherente sea sometido a una Intervención Quirúrgica, que se hace extensiva también para cónyuge e hijos en los planes en que éstos estén incorporados y respecto de los cuales la Corporación ha determinado entregar este beneficio.

Se entiende por intervención quirúrgica, una operación que se realiza por un médico cirujano con fines de tratamiento o de rehabilitación de lesiones, donde se aplica al paciente anestesia local o general, la cual puede implicar realizar incisiones o suturar tejidos para tratar enfermedades, lesiones o deformidades; o la utilización de otras técnicas quirúrgicas como el láser, criocirugía (utiliza nitrógeno líquido), electrocirugía (utiliza corriente eléctrica de alta frecuencia), ablación por radiofrecuencia (utiliza ondas radiales de alta energía), cirugía de Mohs, laparoscópica, toracoscópica, robótica u otras técnicas (en lugar del bisturí) para cortar tejidos, y las heridas pueden cerrarse sin sutura.

Planes que tienen asociado este beneficio: Toda la cartera de Colectivos y Masivos incluidos en el presente Reglamento, a excepción de los "Otros planes colectivos" indicados en la sección Generalidades y Conceptos.

Carencia: 3 meses contados desde la fecha de vigencia del convenio de adhesión para el adherente o desde la fecha de incorporación de la persona que motiva el otorgamiento del beneficio, hasta la fecha de la intervención quirúrgica, exceptuando cesárea que requiere de 1 año.

Límite de otorgamiento: 2 veces al año, independientemente del número de personas incorporadas a la póliza que da lugar al beneficio. El tope de este beneficio se entrega por el grupo familiar asegurado y no por componente.

Plazo de presentación: 210 días corridos contados a partir de la fecha de pago de la intervención quirúrgica.

Documentos Requeridos:

- Solicitud de Beneficio firmada por el adherente (solo para solicitudes presenciales).
- Certificado Médico, Epicrisis o Carnet de Alta con firma y timbre del médico cirujano, el cual debe indicar nombre del paciente, fecha y tipo de intervención.
- Para prestaciones médicas reembolsables por el sistema de salud, deberá presentar, además, programa médico pagado, bonos y reembolsos, correspondientes a la intervención quirúrgica.
- Para las prestaciones médicas no reembolsables por el sistema de salud, deberá presentar, además, las boletas, facturas o voucher con el timbre de “no bonificable” del sistema de salud al que se encuentre afiliado, en original, o bien fotocopia, a excepción de afiliados a FONASA.
- Para los sistemas de salud como Dipreca, Capredena o Jeafosale, entre otros, además del certificado médico, deberá presentar el Detalle de Prestaciones Médicas, junto a Certificado de copago que indique el valor que finalmente canceló el afectado.

Modalidad de Pago:

- Transferencia bancaria a una cuenta de propiedad del adherente.
- Vale Vista (Sólo si no tiene cuenta bancaria).

Monto del beneficio: El monto de este beneficio corresponderá al gasto efectivo, supeditado al máximo por tabla. Este monto máximo, está determinado en base a la antigüedad del convenio de adhesión y la fecha de la cirugía, independiente de la cantidad de pólizas asociadas al beneficio.

Tramo vigencia	Mayor o igual a 3 meses*	Mayor o igual a 3 años	Mayor o igual a 5 años
Monto máximo	\$110.000.-	\$170.000.-	\$230.000.-

(*)Para intervención quirúrgica cesárea, será necesario contar con una carencia de 1 año a la fecha de la cirugía.

Incompatibilidades:

- En caso de que la intervención quirúrgica corresponda a una cesárea, y este le es otorgado, quedará sin efecto automáticamente la opción de solicitar el Beneficio Bono por Natalidad o Adopción. En consecuencia, ambos beneficios son excluyentes entre sí.
- No se consideran para los efectos de este beneficio, los siguientes tipos

de intervenciones: odontológicas como mucoccele, frenectomías o cualquier procedimiento realizado en la cavidad oral por un profesional dentista, abortos provocados, exámenes médicos de diagnóstico tales como: endoscopías, colonoscopías, gastroduodenoscopías; tratamientos relacionados con la aplicación de productos inyectables, infiltraciones e intervenciones voluntarias (por ejemplo, cirugía plástica sin fines reconstructivos), entre otros. Asimismo, quedan excluidos los gastos originados por medicamentos y/o atenciones médicas anteriores o posteriores a la fecha de la intervención quirúrgica.

- En caso de que se ejecute más de una intervención quirúrgica, en una misma sesión de pabellón, se pagará una sola ayuda. Se exceptúa de lo anterior, aquellas intervenciones quirúrgicas que cuenten con más de un programa médico o gastos que acrediten el pago de más de un pabellón. Si durante la intervención quirúrgica cesárea se realiza una esterilización femenina (cualquiera sea el método: ligadura, extirpación de las trompas) prevalecerá la cirugía cesárea al momento de su evaluación y cumplimiento de requisitos requeridos para este evento quirúrgico, como antigüedad, límite de otorgamiento, entre otros. Lo anterior, debido a que, el evento quirúrgico principal es la incisión realizada para el parto del hijo.
- En el caso de que una persona sea Adherente de un Plan colectivo o masivo y además sea titular de una póliza de Seguro Individual, prevalecerá la póliza asociada al beneficio que le entregue el mayor monto de ayuda. Dado lo anterior, se deberá consultar en la Tabla de Valores incluida en el Beneficio de Intervenciones Quirúrgicas asociado a Seguros Individuales contenida en el respectivo Reglamento y en el presente Reglamento, obteniendo con ello el monto máximo de la ayuda.
- En el evento de que al Adherente se le haya otorgado el Beneficio por Enfermedades de Alto Riesgo, ya sea por tratamientos efectuados a él o su cónyuge incorporado, y dentro de un año móvil haya sido intervenido quirúrgicamente con motivo de la enfermedad de alto riesgo, no corresponderá el pago del Beneficio de Intervenciones Quirúrgicas si es solicitado, ya que, para todos los efectos el Beneficio de Enfermedades de Alto Riesgo representa un mayor aporte económico para el Adherente.
- En el evento de que al Adherente se le haya otorgado el Beneficio de Intervenciones Quirúrgicas (IQ), por prestaciones realizadas a él o su cónyuge incorporado, y luego solicite el Beneficio de Enfermedades de

Alto Riesgo, se descontará el monto correspondiente a la IQ, siempre que esta se encuentre relacionada a la enfermedad de alto riesgo y haya acontecido dentro del año móvil anterior o posterior a la fecha de evento de la enfermedad de alto riesgo. Si efectuado el descuento el monto resultante resulta ser cero pesos, no corresponderá el pago del beneficio de EAR.

PRESTACIONES DENTALES

Consiste en la entrega de una ayuda monetaria al Adherente cuando éste, o su cónyuge o sustituto e hijos incorporados al seguro, se hayan sometido a una prestación odontológica o a una consulta dental, realizada por un Cirujano Dentista.

Dan lugar al beneficio, las consultas dentales y todo tipo de tratamiento o procedimiento odontológico, entendiéndose por estos los siguientes: limpiezas, tratamientos de caries, reconstrucción de piezas dentales, prótesis, radiografías, laboratorio, insumos, coronas e implantes dentales.

Planes que tienen asociado este beneficio:

- Convenio Schüssler S.A.
- Parinacoop Ltda.: Plan Protección Básico Unipersonal y Plan Protección Superior Unipersonal
- Convenio IST.

Plan		Persona que motiva el otorgamiento del beneficio		
		Adherente	Cónyuge o sustituto	Hijo(s)
Instituto de Seguridad del trabajo IST		✓	✓	✓
Schüssler S.A.		✓	—	—
Parinacoop Ltda. Plan Protección	Básico Unipersonal	✓	—	—
	Superior Unipersonal	✓	—	—
	Básico Familiar	✓	✓	✓
	Superior Familiar	✓	✓	✓
Parinacoop Ltda. Plan Escolar	Básico	✓	—	✓
	Plus	✓	—	✓

Carencia: 7 meses contados desde la fecha de vigencia del convenio de adhesión para el Adherente o desde la fecha de incorporación del componente, a la fecha del pago de la prestación odontológica.

Límite de otorgamiento: 3 veces al año, independientemente del número de personas incorporadas a la póliza que da lugar al beneficio. El tope de este beneficio se entrega por el grupo familiar asegurado y no por componente.

Plazo de presentación: 180 días corridos contados a partir de la fecha de pago de la prestación odontológica.

Documentos Requeridos:

- Solicitud de beneficio firmada por el adherente (solo para solicitudes presenciales).
- 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.

Consideraciones:

- El beneficio se otorgará por boleta presentada, es decir, no se entregará más de una ayuda por documento aportado, teniendo presente las siguientes consideraciones:
- En caso de presentarse boletas diferenciadas y emitidas con la misma fecha, para un mismo afectado, se considerará un solo beneficio, ya que se entenderá que las prestaciones fueron realizadas en una misma sesión.
- Si las boletas presentadas con una misma fecha corresponden a diferentes personas incorporadas en la póliza, corresponderá el pago de las ayudas presentadas, siempre y cuando cumplan con las condiciones de otorgamiento.

Modalidad de Pago:

- Transferencia bancaria a una cuenta de propiedad del Adherente.
- Vale Vista (Sólo si no tiene cuenta bancaria).

Monto del beneficio: El monto se este beneficio corresponderá al gasto, supeditado al máximo por tabla. Este monto máximo, está determinado en base a la antigüedad del convenio de adhesión y la fecha de pago de la prestación dental, independiente de la cantidad de pólizas asociadas al beneficio.

Tramo vigencia	Mayor o igual a 7 meses	Mayor o igual a 3 años	Mayor o igual a 5 años
Monto máximo	\$35.000.-	\$45.000.-	\$50.000.-

COMPRA DE PLANTILLAS ORTOPÉDICAS PARA HIJOS

Consiste en la entrega de una ayuda monetaria al Adherente por la compra de plantillas ortopédicas para hijos incorporados en la póliza.

Planes que tienen asociado este beneficio:

- Parinacop Ltda.: Plan Protección Básico Unipersonal y Plan Protección Superior Unipersonal
- Convenio IST.

Carencia: 7 meses contados desde la fecha de vigencia del convenio de adhesión, así también desde la fecha de incorporación del hijo por el cual se solicita el beneficio a la fecha del pago de las plantillas ortopédicas.

Límite de otorgamiento: 1 vez al año, por cada hijo incorporado en la póliza que motive el otorgamiento de este beneficio, a contar de la fecha de pago de las plantillas ortopédicas.

Plazo de presentación: 180 días corridos contados a partir de la fecha de pago de las plantillas ortopédicas.

Documentos Requeridos:

- Solicitud de Beneficio firmada por el adherente (solo para solicitudes presenciales).
- Boleta, bono o reembolso con fecha y nombre del paciente.

Modalidad de Pago:

- Transferencia bancaria a una cuenta de propiedad del adherente.
- Vale Vista (Sólo si no tiene cuenta bancaria).

Monto del beneficio: El monto será el gasto efectivo en que incurra el adherente con un máximo de \$22.000.-, cualquiera sea la cantidad de pólizas que se tengan asociadas al beneficio.

AYUDA POR INCENDIO, TERREMOTO Y/O TSUNAMI

Consiste en el otorgamiento de una ayuda monetaria al Adherente que sufre la pérdida total de su patrimonio, a causa de un incendio; o su bien raíz quede inhabitable a causa de un terremoto y/o tsunami.

Se entenderá por **pérdida total por incendio**, aquella que afecta a los bienes muebles de propiedad del adherente que se encuentren en el bien raíz habitado por él, tales como aquellos que usualmente guarnecen una casa habitación. Por otra parte, el beneficio aplicará por daños que afecten el bien raíz, siempre que este sea de propiedad del Adherente.

Para estos efectos, se entenderá que hay Pérdida Total, cuando los daños ocasionados sean iguales o superiores al 75% del valor real de los bienes muebles, al momento del incendio. En aquellos casos, en los que exista adhesión al Seguro Colectivo de Vida Familiar suscrito entre Mutual de Seguros de Chile y Astilleros y Maestranzas de la Armada (ASMAR); Dirección de Bienestar Social de la Armada; Servicio Hidrográfico y Oceanográfico de la Armada; Dirección General del Territorio Marítimo y Marina Mercante; Hospital Naval de Talcahuano "Almte. Adiazola", para el personal en servicio activo, la calificación del porcentaje de pérdida y del valor de los bienes siniestrados se efectuará por intermedio del respectivo organismo Contratante.

Se entenderá por **hogar inhabitable**, aquel que siendo de propiedad del adherente, cuyo único uso sea la habitación, como consecuencia de un terremoto y/o tsunami, o ambos a la vez, quede en condiciones tales que hagan inviable toda posibilidad de habitar o vivir en él, sin grave peligro o riesgo para su vida o salud y la de su grupo familiar que habita en él.

Se entenderá que el sismo califica como terremoto, cuando en su epicentro haya registrado una magnitud igual o superior a 7 grados medida en la Escala de Richter. Para efectos de establecer la magnitud, se estará a lo que informe el Servicio de Sismología del Departamento de Geología y Geofísica de la Universidad de Chile, el Ministerio del Interior de Chile o el organismo que lo reemplace o haga sus veces.

Dentro de la inclusión de este beneficio, la Corporación podrá evaluar la ocurrencia de otros eventos naturales o catástrofes que afecten a varios asegurados en una misma ocasión, como por ejemplo, inundaciones, aluviones, trombas marinas, desborde de ríos, canales o similares.

Planes que tienen asociado este beneficio: Toda la cartera de Colectivos y Masivos incluidos en el presente Reglamento, a excepción de los "Otros planes colectivos" indicados en la sección Generalidades y Conceptos.

Carencia: 5 años contados desde la fecha de vigencia del convenio de adhesión, a la fecha del Incendio o Terremoto y/o Tsunami.

Límite de otorgamiento: 2 veces en total en la vida del Adherente.

Plazo de presentación: 180 días corridos contados a partir de la fecha del evento.

Documentos Requeridos:

- Solicitud de beneficio firmada por el Adherente (solo para solicitudes presenciales).

En caso de Incendio:

- Certificado del Departamento de Bienestar respectivo, en el caso de los Convenios de Seguro Colectivo de Vida Familiar con Astilleros y Maestranzas de la Armada (ASMAR); Dirección de Bienestar Social de la Armada; Servicio Hidrográfico y Oceanográfico de la Armada; Dirección General del Territorio Marítimo y Marina Mercante; Hospital Naval Almt. Adiazola Talcahuano, que indique la calificación del porcentaje de pérdida y del valor de los bienes siniestrados.
- Certificado extendido por el Comandante del Cuerpo de Bomberos de la localidad que corresponde, informando, a lo menos, fecha, dirección del inmueble siniestrado, nombre de los ocupantes del inmueble y una estimación del porcentaje de daños derivados del incendio, copia de la inscripción de dominio del inmueble y/o contrato de arriendo según corresponda y cualquier otro antecedente que permita a Mutual efectuar la calificación de la pérdida.
- Parte Policial que otorga Carabineros de Chile, en el que se dé cuenta del incendio ocurrido, o en su defecto, el Certificado de Residencia emitido por las Juntas de Vecinos o Unidad Comunal de las Juntas de Vecinos, que dé cuenta del domicilio del Adherente.
- Declaración simple del Adherente, en que se detallen los bienes muebles perdidos, debidamente valorizados, de propiedad del Adherente.

En caso de Terremoto y/o Tsunami:

- Certificado, en original o fotocopia, donde se detalle que el inmueble se encuentra inhabitable, y se consigne el nombre de la persona afectada y la dirección del inmueble inhabitable. Puede ser otorgado por:
 - La municipalidad respectiva.
 - Carabineros de Chile.
 - Cuerpo de Bomberos respectivo.
- Copia de la inscripción de dominio del inmueble.

En caso de eventos naturales o catástrofes:

- Solicitud del beneficio.
- Ficha Básica de Emergencia (FIBE), llenada de forma presencial solo por funcionarios, tanto de municipios como del Ministerio de Desarrollo Social y Familia, con calificación de apreciación de daños, de los enseres y/o de la vivienda de nivel “Muy afectados” o superior.

Modalidad de Pago:

- Transferencia bancaria a una cuenta de propiedad del adherente.
- Vale Vista (Sólo si no tiene cuenta bancaria).

Monto del beneficio: El monto será de \$620.000.-, excepto si la pérdida del patrimonio se produce por incendio y el monto declarado por el adherente, por concepto de avalúo de los bienes muebles sea inferior a éste, en cuyo caso se entregará el monto que conste en la declaración jurada, con un máximo de \$620.000.- cualquiera sea la cantidad de seguros con relación a los cuales se pueda solicitar el beneficio.

Incompatibilidades:

- En ningún caso la ayuda podrá exceder el valor del patrimonio siniestrado del Adherente.
- No procederá el pago de esta ayuda cuando las pérdidas totales hayan sido causadas intencionalmente por el propio adherente.
- Este Beneficio está destinado sólo para los incendios ocurridos en forma independiente. Por tanto, de ocurrir múltiples siniestros que afecten a varios adherentes, derivados de un mismo origen, dependiendo de la magnitud de éste, el Consejo Directivo decidirá el monto a distribuir entre los adherentes afectados.
- Cuando el inmueble siniestrado y habitado por el Adherente, sea de su propiedad, y la pérdida sea total o se compruebe la inhabitabilidad de este, bastará esta circunstancia para otorgar la ayuda máxima, previa comprobación del dominio del inmueble correspondiente, mediante copia de la inscripción de dominio en el Conservador de Bienes Raíces, con certificado de vigencia, no superior a 30 días.

DESCUENTO SOAP

Es una ayuda monetaria que contempla la rebaja de \$1.000.- en la adquisición del seguro Obligatorio de Accidentes Personales SOAP, para los Adherentes que efectúen la compra a través del sitio web de Mutual o los banners de la Armada, Bienestar Armada, PDI y Gendarmería.

Planes asociados a este beneficio: Aplica para cualquier adherente que mantenga vigente alguna de las coberturas de seguros colectivos o masivos indicados en la sección Generalidades.

Monto del beneficio: El monto del beneficio corresponderá \$1.000.-

Requisitos particulares:

- A la fecha de la compra del seguro SOAP, el propietario del vehículo debe tener la calidad de Adherente conforme a lo indicado en la sección Generalidades.
- La compra del SOAP debe realizarse por internet a través de la página web de Mutual o sus banners Armada, Bienestar Armada, PDI y Gendarmería.

BONIFICACIÓN EXCELENCIA ACADÉMICA PROGRAMA DE EDUCACIÓN FINANCIERA

Es una ayuda monetaria que consiste en el pago de un monto único al Adherente que finalice el programa de Educación Financiera con una calificación igual o superior a 6,3 (seis coma tres).

Planes asociados a este beneficio: Todos los planes indicados en el apartado de Generalidades.

Monto del beneficio: El monto del beneficio corresponderá a \$20.000.-

Requisitos particulares:

- El beneficio aplica desde el inicio de la vigencia del seguro.
- El beneficio se entregará por única vez en la vida y aplica para quienes hayan finalizado el curso durante el año 2025.

Documentos Requeridos:

- Certificado de Finalización del Curso de Educación Financiera, con fecha de término correspondiente al año 2025, dando cuenta de una calificación igual o superior a 6,3.

Modalidad de Pago:

- Transferencia bancaria a una cuenta de propiedad del adherente.
- Vale Vista (Sólo si no tiene cuenta bancaria).

DESCUENTOS EN MEDICAMENTOS FARMACIAS CRUZ VERDE

Consiste en la aplicación de un descuento en la compra de medicamentos en Farmacias Cruz Verde (solo compras presenciales), con un tope mensual de \$3.000.- para el Adherente Titular, según el siguiente detalle:

- 10% de descuento en medicamentos genéricos.
- 7% de descuento en medicamentos Laboratorio Mintlab.
- 5% de descuento en medicamentos de marca.

Para Adherentes que tengan 65 años de edad o más, el tope mensual ascenderá a \$10.000.-, pudiendo acceder a los siguientes descuentos:

- 20% en medicamentos genéricos.
- 12% en medicamentos Lab Mintlab.
- 7% en medicamentos de marca.
- 5% en resto de farmacia o lista universal.

Para la aplicación del descuento, es necesario presentar la cédula de identidad al momento de efectuar la compra.

Planes que tienen asociado este beneficio: Seguros de Vida Colectivos y Colectivo Mutual.

Límite de otorgamiento: El beneficio contempla un tope de \$3.000.- o \$10.000.- al mes por Rut según corresponda.

Carencia: El beneficio podrá ser solicitado desde el inicio de la vigencia de la póliza.

Incompatibilidades:

- El descuento no es acumulable con otros convenios que puedan beneficiar al Contratante en la farmacia.
- Se excluyen del descuento de forma expresa los siguientes gastos: vacunas, medicamentos oncológicos, inmunológicos, medicina reproductiva, medicina veterinaria, dispositivos o accesorios, recetario magistral y/o cualquier otro producto de especialidad o similar comercializado por Cruz Verde o el Centro de Especialidades Farmacéuticas (Cesfar).
- El descuento será válido para comprar en cualquier local de Farmacias Cruz Verde del país, menos en Cerro Sombrero o Isla de Pascua.



**MUTUAL
DE SEGUROS
DE CHILE**



www.mutualdeseguros.cl



**WhatsApp
+56 9 3783 0823**



**Contact Center
600 626 7311**



contacto@mutualdeseguros.cl



Mutual de Seguros de Chile



Mutual de Seguros de Chile



[mutualdeseguros](https://www.instagram.com/mutualdeseguros)



Mutual de Seguros de Chile

