



MUTUAL
DE SEGUROS
DE CHILE

**REGLAMENTO
BENEFICIOS ADICIONALES 2026
ASOCIADOS A SEGUROS INDIVIDUALES**

ÍNDICE

GENERALIDADES Y CONCEPTOS	3
REQUISITOS GENERALES	4
¿CÓMO SOLICITAR LOS BENEFICIOS ADICIONALES?	6
REQUISITOS PARTICULARES Y DETERMINACIÓN DEL MONTO	6
I. TELEMEDICINA	6
II. ENFERMEDADES DE ALTO RIESGO (EAR)	7
III. COMPRA DE LENTES ÓPTICOS	9
IV. BONO POR NATALIDAD O ADOPCIÓN	9
V. INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS (IQ)	10
VI. PRESTACIONES DENTALES	11
VII. MAMOGRAFÍA	12
VIII. PAPANICOLAU o VIRUS PAPILOMA HUMANO (VPH)	12
IX. ANTÍGENO PROSTÁTICO	13
X. DESCUENTO EN PRIMAS POR POSTNATAL	13
XI. COMPRA DE PLANTILLAS ORTOPÉDICAS PARA HIJOS	14
XII. RENDIMIENTO ESCOLAR PARA HIJOS	14
XIII. RENDIMIENTO ESCOLAR PARA HIJOS PAES	15
XIV. PUNTAJE DE ADMISIÓN EDUCACIÓN SUPERIOR MAES	16
XV. ATENCIÓNES MÉDICAS ADULTO MAYOR	16
XVI. BONIFICACIÓN AL VENCIMIENTO MUTUAL CAPITAL GARANTIZADO	17
XVII. AYUDA POR INCENDIO, TERREMOTO Y/O TSUNAMI	18
XVIII. DESCUENTO EN PRIMAS SEGURO SALUD PROTEGIDA	19
XIX. DESCUENTO SOAP	19
XX. BONIFICACIÓN EXCELENCIA ACADÉMICA PROGRAMA DE EDUCACIÓN FINANCIERA	20
XXI. BENEFICIO DE CONTENCIÓN	20
XXII. REBAJA DE PRIMA PARA PÓLIZAS DE PROTECCIÓN FAMILIAR CON TEMPORALIDAD DE 5, 10, 15 Y 20 AÑOS, CUYOS VALORES SE EXPRESAN EN UM	20
ALIANZAS	21
I. DESCUENTOS EN MEDICAMENTOS FARMACIAS CRUZ VERDE	21
II. DESCUENTOS EN MEDICAMENTOS FARMACIA PROFAR	22

BENEFICIOS ADICIONALES

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 educación entre otras. 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 no 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 contrato de seguro, y en algunos casos el capital asegurado, determinando así los montos máximos a otorgar 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 general y 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 2026.

GENERALIDADES Y CONCEPTOS

Los Beneficios se encuentran asociados a ciertos planes de seguro que permiten acceder a los mismos. Los referidos planes de seguro se clasifican de la siguiente forma:

Planes Familiares Modernos	Protección Familiar Reajutable y Flexible
	Seguro de Vida con Protección Familiar
	Mutual Familiar Flexible
	Mutual Mujer Protegida (Temporal Y Vitalicio)
	Mutual Seguro Papá
	Mutual Protección Flexible
	Mutual Protección Familiar (ex Protección Múltiple Reajutable)
Planes Familiares Antiguos	Protección Familiar Y Ordinario De Vida
	Protección Familiar Antiguo Temporal-5
	Protección Familiar Ord. Temporal -5 Mixto
	Protección Familiar Múltiple Ord. De Vida
	Protección Familiar Temporal - 5 Prima Riesgo
	Antiguos Saldados
Planes Con Valores Garantizados y Vida Entera	Unipersonal T-1
	Mutual Capital Garantizado (Ex Dotal Simple)
	Mutual Vida Entera (Temporal Y Vitalicio)
	Mutual Adulto Vida Entera
Planes con Cuenta Única de Inversión	Mutual Inversión Segura (MIS)
	Mutual Ahorro Seguro (MAS)
	Mutual Ahorro Educación Superior (MAES)
Rentas e Inversión Garantizada	Renta Privada
	Mutual Inversión Garantizada
Planes Oncológicos	Mutual Seguro Oncológico
Planes Accidentes Personales	Mutual Accidentes Personales Mensual
	Mutual Accidentes Personales Anual
	Mutual Accidentes Personales Flexible
	Seguro con Devolución
Planes Mutual Pensión 10	Mutual Pensión 10 T-55
	Mutual Pensión 10 T-60
	Mutual Pensión 10 T-65
Planes Salud Protegida	Seguro Salud Protegida

- **Inicio de vigencia de la póliza:** Corresponde a la fecha en que se inicia, la cobertura de los planes contemplados en la tabla precedente.

- **Pólizas saldadas:** Consisten en aquellas coberturas que se mantienen vigentes, libres del pago de primas, en forma posterior al fallecimiento del asegurado titular por haber cumplido un plazo fijado en la póliza. Los titulares de las pólizas saldadas sólo podrán solicitar el beneficio de Telemedicina.

- **Pólizas prorrogadas o revalorizadas:** Son aquellas que se mantienen vigentes, libre de pago de primas, por un capital inferior al inicialmente contratado, y conforme a las condiciones generales del seguro. Los titulares de las pólizas prorrogadas o revalorizadas en 5, 10, 15 y 25 U.M., sólo podrán solicitar el beneficio de Telemedicina.

- **Pólizas liberadas de pago por casos especiales:** Se trata de las pólizas liberadas de pago de primas por un Premio otorgado por la Mutual, o aquellas de los planes de Protección Familiar que se encuentren vigentes con sus coberturas básicas, por haber operado la cobertura de desmembramiento o pérdida total por accidente, en los términos exigidos en la póliza respectiva. Dichas pólizas mantendrán los Beneficios Adicionales correspondientes a cada plan.

- **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.

En el caso de los planes Mutual Oncológico Familiar y seguro Salud Protegida, se entenderán por hijos, cónyuge o sustituto o carga incorporados al seguro, a las personas respecto de quienes exista una

cobertura de protección oncológica o de enfermedades graves vigente al momento de solicitar el beneficio, según corresponda.

- **Asegurados con planes de contención:** Son asegurados con planes de contención, aquellos que solicitaron la terminación por renuncia de una póliza de seguro de la Corporación, para contratar en el mismo acto una póliza Protección Múltiple Reajutable con un capital fijo de 50 U.M. y una temporalidad a 5 años, tanto en sus modalidades Soltero, Casado o Viudo.

Para los efectos de determinar el monto de los Beneficios Adicionales que corresponden a asegurados con planes de contención, particularmente para el Beneficio de Enfermedad de Alto Riesgo, se considerarán, por una parte, la vigencia de la póliza original, a la cual se ha puesto término por renuncia, y por otra, el capital asegurado de la póliza suscrita en su reemplazo

- **Límite de otorgamiento:** Cantidad máxima de beneficios a los que puede optar un asegurado en un año calendario, es decir, se asocia al periodo que comienza el día 1 de enero y termina el 31 de diciembre.

- **Fecha de evento:** Fecha del pago de la prestación médica u ocurrencia del hecho o evento que da a lugar al otorgamiento del beneficio, según se estipula en la descripción de cada beneficio.

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

- **Préstamo de Revalidación:** Se refiere a las facilidades de pago que ha otorgado la Corporación a un asegurado 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 de este. 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.

- No se exigirá el transcurso de un plazo de carencia para obtener beneficios asociados al seguro de vida Mutual Capital Garantizado (MCG)

en aquellos casos en que el inicio de la vigencia del seguro ha estado precedida por la terminación por vencimiento de otro seguro del mismo tipo (MCG), siempre que el plazo entre la terminación y el inicio de la vigencia del nuevo seguro no sea superior a 2 meses.

- El asegurado debe estar al día en el pago de las primas u otras obligaciones contraídas con Mutual, incluidas las cuotas de los préstamos de reserva o avances que puedan haberse otorgado. Para tal efecto, se concederá un mes de gracia, tanto para pólizas en U.M. como U.F. Por ejemplo, si solicita el beneficio en el mes de abril de 2026, deberá tener pagadas las primas del seguro y otras obligaciones contraídas con Mutual hasta febrero de 2026. En el caso de los seguros MIS, MAES y MAS, deberá registrar un saldo positivo en la cuenta básica.
- El hecho de tener un préstamo de revalidación vigente inhabilita para solicitar beneficios, hasta que dicho préstamo se encuentre totalmente pagado.
- 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.
- Si se trata de ayudas por prestaciones médicas, y la persona que motiva su otorgamiento no está adherida 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 con las condiciones de cada beneficio.
- Si se trata de ayudas médicas y el Asegurado Titular, Contratante o las personas incorporadas a la póliza, que motiven el otorgamiento del beneficio, no están adheridos a un sistema de salud, será necesario que se 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.

• 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.

• Las prestaciones efectuadas a los hijos incorporados en el seguro podrán dar lugar a los respectivos Beneficios hasta el día anterior al que cumplan los 21 años; excepto para los planes Mutual Familiar Flexible, Mutual Protección Flexible, Mutual Mujer Protegida y Mutual Seguro Papá, en que la edad se extiende hasta el día anterior al que cumplan 24 años.

• Los montos de estas ayudas, cuando corresponda, no podrán exceder el gasto efectivo incurrido por el Asegurado Titular o Contratante. Se entiende por gasto efectivo, el cargo soportado y desembolsado, luego de haberse deducido del gasto total, todos los aportes, ayudas o reembolsos que el Asegurado pueda tener, los cuales serán exigidos de acuerdo con la especificación de cada Beneficio. Si, efectuados todos estos descuentos, el costo final de cargo del Asegurado Titular resulta ser “cero pesos”, no corresponderá el otorgamiento del respectivo beneficio.

• Se entiende por pluralidad, el evento de que se presente un conjunto de solicitudes de beneficios por concepto de prestaciones realizadas a una misma persona, 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.

• En el evento que el Asegurado Titular o Contratante haya solicitado algún beneficio y luego haya fallecido durante la tramitación, dicha ayuda monetaria corresponderá pagarla a sus herederos legales, según resolución de posesión efectiva, excepto para componentes cónyuge o sustituto, hijos o cargas mayores, en cuyo caso el beneficio será pagado al Asegurado Titular o Contratante.

¿CÓMO SOLICITAR LOS BENEFICIOS ADICIONALES?

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

Solo en el caso del beneficio Prueba de Admisión para la Educación Superior MAES, se debe enviar un correo a la casilla beneficios@mutualdeseguros.cl, adjuntando los documentos requeridos.

Así también, para aquellos asegurados que no cuenten con medios tecnológicos para realizar la solicitud a través de la plataforma web, podrán presentar una solicitud firmada por el Asegurado Titular o Contratante según corresponda, en cualquiera de las sucursales de Mutual a lo largo del país, junto a los documentos requeridos.

VIGENCIA

DESDE EL 1 DE ENERO HASTA EL 31 DE DICIEMBRE DE 2026

REQUISITOS PARTICULARES Y DETERMINACIÓN DEL MONTO

TELEMEDICINA

Consiste en el otorgamiento de atenciones gratuitas mediante telemedicina, lo que significa una atención a través de un canal remoto que implica audio y video de forma simultánea, a través de una plataforma digital dispuesta por la entidad Mediclic, de conformidad a una alianza entre Mutual de Seguros de Chile y ellos.

Medicina General y Veterinaria

Las atenciones en Medicina General y Veterinaria se otorgarán, de forma ilimitada, a todos los asegurados con pólizas de la Cartera de Seguros Individuales indicados en el capítulo "Generalidades" numeral 1. Para el caso de los seguros MIS, MAES y MAS, el beneficio aplica únicamente para el Contratante del seguro.

Para la utilización de la Medicina Veterinaria, se podrá inscribir a un máximo de dos (2) mascotas en el portal de Mediclic, las cuales no podrán ser modificadas posteriormente.

Planes que cuentan con estas especialidades: Todas las pólizas de la Cartera de Seguros Individuales indicados en el capítulo "Generalidades y Conceptos".

Medicina Pediátrica

Las atenciones en Medicina Pediátrica se otorgarán a los hijos menores de 15 años incorporados a las pólizas que cuentan con esta especialidad. Además, se hace extensible a cargas incorporadas a pólizas de seguros Oncológico y/o Salud Protegida y al beneficiario del seguro MAES, siempre que sean menores de 15 años.

Planes que cuentan con estas especialidades: Seguros Familiares, Oncológicos, seguro Salud Protegida y seguro MAES.

Psicología y Nutrición

Las atenciones en las especialidades de psicología y nutrición cuentan con límite de 2 atenciones anuales para el asegurado titular en cada una de estas.

Planes que cuentan con estas especialidades:

- **Nutrición:** Mutual Capital Garantizado y Mutual Mujer Protegida.
- **Psicología:** Mutual Mujer Protegida.

Psicología y Nutrición en caso de siniestro

Los asegurados (titulares o personas incorporadas al seguro) del seguro Salud Protegida, dispondrán de 2 atenciones de psicología y 1 de nutrición mensual, por un periodo de 3 meses, desde la fecha de liquidación del siniestro por parte de Mutual. Quienes podrán acceder a estas especialidades será quienes motivaron la presentación del siniestro.

Planes que cuentan con estas especialidades: Seguro Salud Protegida.

Obstetricia, Fonoaudiología y Kinesiología

Los asegurados titulares podrán acceder a las especialidades de Obstetricia, Fonoaudiología y Kinesiología con un límite de una atención mensual en cada una. En el caso de los seguros CUI, la atención será para el contratante del seguro.

Las atenciones en Fonoaudiología se extienden a los hijos incorporados al seguro (con cobertura de fallecimiento o reembolso de gastos funerarios en planes familiares y en el caso del Seguro Oncológico y Seguro Salud Protegida, debe existir una cobertura de protección oncológica o de enfermedades graves vigente), también con un límite de una atención mensual.

Planes que cuentan con estas especialidades: seguros Familiares, con Valores Garantizados, con Cuenta Única de Inversión, Salud Protegida, Seguro Oncológico, Mutual Pensión 10, Accidentes Personales Anual o Seguro con Devolución.

Telemedicina para padres

Permitirá a todos los asegurados titulares con seguros familiares, con Valores Garantizados, Salud Protegida, Seguro Oncológico, Mutual Pensión 10, Accidentes Personales Anual y Seguro con Devolución, o al Contratante de un seguro con cuenta única de inversión, incorporar a sus padres para que puedan acceder a una atención mensual en telemedicina general cada uno. Cabe mencionar que el “padre” o la “madre” será quien figure como tal en el Certificado de Nacimiento extendido por Registro Civil, en el caso de que el asegurado o contratante sean chilenos. En el caso de que el asegurado o contratante no sea chileno, será “padre” o “madre”, quien figure en la declaración jurada notarial presentada. Esta declaración jurada debe ser extendida con firma electrónica del Notario.

Planes que tienen asociado este beneficio: seguros Familiares, con Valores Garantizados, con Cuenta Única de Inversión, Salud Protegida, Seguro Oncológico, Mutual Pensión 10, Accidentes Personales Anual o Seguro con Devolución.

Carencia: El beneficio podrá ser solicitado desde el inicio de la vigencia de la póliza, excepto para los servicios de telemedicina en psicología y nutrición en caso de siniestros, ya que se requiere la liquidación del siniestro que afecte a cualquiera de las personas incorporadas en el seguro Salud Protegida.

ENFERMEDADES DE ALTO RIESGO (EAR)

Sólo podrán solicitar este beneficio los Asegurados Titulares de pólizas con “fecha inicial de vigencia” anterior a abril de 2018.

Es una ayuda monetaria para el Asegurado Titular, en caso 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, y/o quimioterapia, inmunoterapia, radioyodo o braquiterapia.
- Cáncer tratado paliativamente.
- Insuficiencia renal crónica terminal que requiera diálisis.

Importante: La calificación de la enfermedad de alto riesgo deberá ser acreditada con los antecedentes médicos o clínicos por el titular de la póliza, los cuales se someterán además a evaluación por el Departamento Médico de la Mutual de Seguros de Chile, para la aprobación del beneficio.

La cirugía o tratamiento de la EAR debe haberse iniciado en forma previa a la solicitud del beneficio, no correspondiendo su otorgamiento con el solo diagnóstico, orden o prescripción de tales procedimientos.

Planes que tienen asociado este beneficio:

- Planes Familiares Modernos (excepto seguros Mutual Mujer Protegida, Seguro Papá y Mutual Protección Flexible).
- Planes con Valores Garantizados (excepto seguro Mutual Adulto Vida Entera).

Carencia: 5 años contados desde la fecha de vigencia de la póliza para el Asegurado Titular, 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 Asegurado Titular y/o cónyuge o sustituto.

Documentos Requeridos:

- Solicitud de Beneficio firmada por el Asegurado Titular (solo para solicitudes presenciales).
- Certificado médico con timbre y firma del facultativo que lo extiende. Este documento debe consignar el nombre del paciente, diagnóstico de la EAR y la fecha de la cirugía o de inicio del tratamiento o procedimiento respectivo.

Modalidad de Pago:

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

Monto del beneficio:

El monto del beneficio se calcula en base a la vigencia del seguro a la fecha de evento y el capital asegurado de la(s) póliza(s) que le permiten acceder al beneficio:

Se calcula la vigencia de la póliza en base a los “años cumplidos” entre la fecha de inicio de la cobertura y la fecha en que se realizó la cirugía, o la fecha de inicio de los tratamientos de diálisis, radioterapia, quimioterapia, inmunoterapia, radioyodo, braquiterapia o paliativo.

Con el cómputo de la vigencia de la póliza, se consulta la Tabla de Cálculo y se obtiene el porcentaje de beneficio, considerando los topes indicados en los puntos siguientes.

Para calcular el monto de la ayuda que ha de otorgarse, se establece como límite un capital base de 100 UM para las pólizas cuyo capital se encuentre expresado en “Unidades Mutual” y de 150 UF para las pólizas cuyo capital se encuentre expresado en unidades de fomento.

El monto del beneficio, en pesos, para cada póliza, corresponde a la multiplicación del porcentaje determinado según la antigüedad de la póliza (indicado en la Tabla de Cálculo respectiva) por el capital base de la póliza y por el valor de la U.M.B o U.F. según corresponda, vigente a la fecha de la cirugía, o a la fecha de inicio del tratamiento (diálisis, quimioterapia, radioterapia , inmunoterapia, radioyodo, braquiterapia o paliativo). Si la fecha de evento es anterior al año 2026, se registrá por la U.M.B definida en los reglamentos anuales anterior. El valor de la U.M.B. para el año 2026 es de \$54.603 y el monto total a otorgar será la suma de las ayudas calculadas para cada póliza individualmente considerada, el que no podrá exceder el monto máximo establecido para este beneficio.

Cuando la enfermedad de alto riesgo afecte al Cónyuge o Sustituto, esta ayuda será la mitad del monto que determina la Tabla de Cálculo,

quedando disponible el 50% restante para el Asegurado Titular, si a éste le afecta posteriormente una enfermedad de alto riesgo.

Cuando la enfermedad de alto riesgo afecte al Asegurado Titular, esta ayuda será el 100% del monto que determina la Tabla de Cálculo, excluyendo el beneficio para el Cónyuge o Sustituto, si a éste le afecta posteriormente una enfermedad de alto riesgo.

Monto máximo: El monto máximo del beneficio no podrá exceder los \$2.000.000 para el Asegurado Titular, y en caso del Cónyuge o Sustituto, este no podrá exceder la suma de \$1.000.000, independientemente del valor resultante en base a la tabla de cálculo.

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 2026, se aplicarán los montos mínimos y máximos del beneficio correspondiente al Reglamento de Beneficios Adicionales del periodo atingente a la fecha del evento, pero en ningún caso el monto máximo podrá exceder al valor antes señalado en el presente Reglamento.

Tabla de Cálculo

Vigencia en años de la póliza a la fecha de la EAR	Porcentaje aplicable %
5	8
6	11
7	14
8	17
9	20
10	23
11	27
12	31
13	35
14	39
15	43
16	48
17	53
18	58
19	63
20 y más	68

Incompatibilidades:

- 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 EAR y por IQ relacionadas con un mismo diagnóstico y realizados los procedimientos dentro de un año móvil, y 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.

COMPRA DE LENTES ÓPTICOS

Considera la entrega de una ayuda monetaria al Asegurado Titular por el gasto efectivo incurrido en la adquisición de lentes ópticos o de contacto, bajo expresa orden de un médico, técnico oftalmólogo u optómetra. Esta ayuda se extiende al cónyuge o sustituto, hijos y cargas mayores incorporadas a la póliza, a excepción de los seguros MIS, MAES y MAS en donde el beneficio aplica únicamente para el Contratante.

Planes que tienen asociado este beneficio: Planes Familiares y planes con Cuenta Única de Inversión.

Carencia: 7 meses contados desde la fecha de vigencia de la póliza para el Asegurado Titular, o desde la fecha de incorporación del componente (en los seguros familiares), a la fecha de pago de los lentes ópticos o de contacto.

Límite de otorgamiento: A este beneficio se podrá acceder una sola vez al año desde la fecha de compra de los lentes ópticos o de contacto, para cada persona incorporada en la póliza respecto de la cual proceda el otorgamiento del beneficio.

Plazo de presentación: 180 días corridos contados a partir de la fecha de pago de los lentes ópticos o de contacto.

Documentos Requeridos:

- Solicitud de Beneficio firmada por el Asegurado Titular o Contratante (sólo para solicitudes presenciales).
- Boleta, bono o reembolso correspondiente a la compra de lentes

ópticos o de contacto; con fecha y nombre del paciente. En caso de no contar con el nombre deberá presentar la receta médica con la indicación.

Modalidad de Pago:

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

Monto del beneficio: El monto de la ayuda será el gasto en que incurra el Asegurado Titular o Contratante hasta un máximo de \$30.000.-

BONO POR NATALIDAD O ADOPCIÓN

Contempla la entrega de una ayuda monetaria para el Asegurado Titular por el nacimiento o adopción de un hijo, a excepción de los seguros MIS, MAES y MAS en donde el beneficio aplica únicamente para el Contratante

Planes que tienen asociado este beneficio: Planes Familiares, planes con Valores Garantizados, Vida Entera y planes con Cuenta Única de Inversión.

Carencia: 1 año contado desde la fecha de vigencia de la póliza, 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 Asegurado Titular o Contratante (solo para solicitudes presenciales).
- Certificado de nacimiento del hijo, con el nombre de los padres.
- 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 Contratante.
- 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 Asegurado Titular.

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 Asegurado Titular con ocasión del nacimiento, extingue la posibilidad de solicitar el otro beneficio, cualquiera fuere el monto otorgado.
- Si el hijo no sobrevive al nacimiento o parto, no aplica la entrega de este beneficio.

INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS (IQ)

Consiste en la entrega de una ayuda monetaria en aquellos casos en los cuales el Asegurado Titular, Cónyuge o Sustituto, sus Hijos que se encuentren incorporados en la póliza asociada a este beneficio, o bien el Contratante de los seguros MIS, MAS y MAES o el Beneficiario del seguro MAES, sean sometidos a una intervención quirúrgica. En este último caso (póliza MAES), el beneficiario debe presentar la solicitud.

Se entiende por intervención quirúrgica, una operación que se realiza por un médico cirujano con fines de tratamiento o de rehabilitación, 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: Planes Familiares, planes con Valores Garantizados y Vida Entera, planes con Cuenta Única de Inversión y seguro Salud Protegida.

Carencia: 3 meses contados desde la fecha de vigencia de la póliza para el Asegurado Titular 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 Asegurado Titular o Contratante según corresponda (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 pagó el afectado

Modalidad de Pago:

- Transferencia bancaria a una cuenta de propiedad del Contratante.
- 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 de la póliza que le permite acceder al beneficio y la fecha de la cirugía, independientemente 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 que este beneficio le sea otorgado, quedará sin efecto automáticamente la opción de solicitar el 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 mucocèle, 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, ya que, el evento quirúrgico principal es la incisión realizada para el parto del hijo.
- En caso de presentarse una petición de beneficio por EAR y uno por IQ que esté relacionado con un mismo evento constitutivo de EAR, (Cirugía a Corazón Abierto o Colocación de Marcapaso Cardíaco Definitivo), y 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.
- En caso de presentarse una petición de beneficio por EAR y uno por IQ producto de un diagnóstico de cáncer o insuficiencia renal crónica terminal que requiera diálisis, si se realizan los procedimientos dentro de un año móvil y 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.

- En caso de contar con un seguro Salud Protegida, quedan excluidas aquellas cirugías propias de la cobertura de Enfermedades Graves (Cirugía de válvulas cardíacas, injerto aórtico, revascularización coronaria y trasplante de órganos mayores).
- En el evento de que el Asegurado Titular o Contratante, o alguno de los componentes incorporados a las pólizas que contemplan este beneficio cuenten con una Cláusula Adicional (CAD) de Intervenciones Quirúrgicas, solo aplicará el pago del beneficio si se cumplen las siguientes condiciones:
 - Luego de evaluar el siniestro, debe existir un saldo no cubierto.
 - El Contratante debe haber aceptado previamente que cualquier saldo no cubierto por la CAD sea evaluado como beneficio de Intervenciones Quirúrgicas.
 - Además, debe cumplir con todas las condiciones que contempla el beneficio de Intervenciones Quirúrgicas.

PRESTACIONES DENTALES

Se otorga una ayuda monetaria al Asegurado Titular, por el gasto incurrido en razón de haberse sometido a una prestación odontológica o a una consulta dental realizada por un Cirujano Dentista. Esta ayuda se extiende al cónyuge o sustituto e hijos debidamente incorporados en la póliza. En el caso de los seguros MIS, MAS y MAES el beneficio aplica únicamente para el Contratante.

Dan lugar al beneficio, las consultas dentales y todo tipo de tratamiento o procedimiento odontológico, entendiéndose por estos los siguientes: limpiezas, tratamientos de caries, cirugías dentales como mucocèle, frenectomías o cualquier procedimiento realizado en la cavidad oral por un profesional dentista, reconstrucción de piezas dentales, prótesis, radiografías, laboratorio, insumos, coronas e implantes dentales.

Planes que tienen asociado este beneficio: Planes Familiares, planes con Valores Garantizados y Vida Entera, planes con Cuenta Única de Inversión.

Carencia: 7 meses contados desde la fecha de vigencia de la póliza para el Asegurado Titular, o Contratante en el caso de los seguros MIS, MAES y MAS, o desde la fecha de incorporación del componente, a la fecha del pago de la prestación odontológica.

Límite de otorgamiento: 3 veces en total en un 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 Asegurado Titular o Contratante según corresponda (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, teniendo presente las siguientes consideraciones:

- En caso de presentarse boletas diferenciadas y emitidas con la misma fecha y para un mismo afectado, se considerará un solo beneficio, porque se entiende que 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 Contratante.
- Vale Vista (sólo si no tiene cuenta bancaria).

Monto del beneficio: El monto de este beneficio corresponderá al gasto, supeditado al máximo por tabla. Este monto máximo, está determinado en base a la antigüedad de la póliza que le permite acceder al beneficio 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.-

MAMOGRAFÍA

Es una ayuda monetaria a la Asegurada Titular, por el gasto efectivo en que haya incurrido con ocasión de haberse practicado un examen de mamografía o a una ecotomografía mamaria. En el caso del seguro Salud Protegida, se extenderá esta ayuda a la cónyuge o sustituto y cargas incorporadas.

Planes que tienen asociado este beneficio: Mutual Mujer Protegida, Seguro Salud Protegida y Seguro de Vida con Protección Familiar.

Carencia: 3 meses contados desde la fecha de vigencia de la póliza, a la fecha del pago del examen médico.

Límite de otorgamiento: 1 vez al año por persona incorporada al seguro que motive el otorgamiento del beneficio.

Plazo de presentación: 180 días corridos contados a partir de la fecha de pago del examen médico.

Documentos Requeridos:

- Solicitud de Beneficio firmada por la Asegurada Titular o Contratante según corresponda (solo para solicitudes presenciales).
- Boleta, bono o reembolso con fecha y nombre de la paciente.

Modalidad de Pago:

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

Monto del beneficio: El monto será el gasto o copago efectivo con un monto máximo de \$28.000, cualquiera sea la cantidad de pólizas asociadas al beneficio.

Incompatibilidades: En caso de presentar simultáneamente ambos exámenes (mamografía o a una ecotomografía mamaria), se otorgará el que represente un mayor aporte económico para la asegurada.

PAPANICOLAU o VIRUS PAPILOMA HUMANO (VPH)

Es una ayuda monetaria a la Asegurada Titular, por el gasto efectivo en que haya incurrido con ocasión de haberse practicado un examen de Papanicolau o Virus Papiloma Humano (VPH). En el caso del Seguro Salud Protegida, se extenderá esta ayuda a la cónyuge o sustituto y cargas incorporadas.

Planes que tienen asociado este beneficio: Mutual Mujer Protegida, Seguro Salud Protegida y Seguro de Vida con Protección Familiar.

Carencia: 3 meses contados desde la fecha de vigencia de la póliza, a la fecha del pago del examen médico.

Límite de otorgamiento: 1 vez al año por persona incorporada al seguro que motive el otorgamiento del beneficio.

Plazo de presentación: 180 días corridos contados a partir de la fecha de pago del examen médico.

Documentos Requeridos:

- Solicitud de Beneficio firmada por el Asegurado Titular o Contratante según corresponda (solo para solicitudes presenciales).
- Boleta, bono o reembolso con fecha y nombre de la paciente.

Modalidad de Pago:

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

Monto del beneficio: El monto será el gasto o copago efectivo con un monto máximo de \$28.000, cualquiera sea la cantidad de pólizas asociadas al beneficio.

ANTÍGENO PROSTÁTICO

Consiste en una ayuda monetaria al Asegurado Titular por el gasto efectivo en que haya incurrido con ocasión de haberse sometido a un examen de antígeno prostático. Este beneficio se extiende a las demás personas incorporadas en el Seguro Salud Protegida.

Planes que tienen asociado este beneficio: Seguro Salud Protegida y Seguro de Vida con Protección Familiar.

Carencia: 3 meses contados desde la fecha de vigencia de la póliza, a la fecha del pago del examen médico.

Límite de otorgamiento: 1 vez al año por persona incorporada al seguro que motive el otorgamiento del beneficio.

Plazo de presentación: 180 días corridos contados a partir de la fecha de pago del examen médico.

Documentos Requeridos:

- Solicitud de beneficio firmada por el Asegurado Titular o Contratante según corresponda (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 Contratante.
- Vale Vista (sólo si no tiene cuenta bancaria).

Monto del beneficio: El monto será el gasto o copago efectivo con un monto máximo de \$28.000, cualquiera sea la cantidad de pólizas asociadas al beneficio.

DESCUENTO EN PRIMAS POR POSTNATAL

Consiste en una ayuda que permite mantener vigente el(los) seguro(s) Mutual Mujer Protegida (MMP) y/o Seguro de Vida con Protección Familiar de la Asegurada Titular, liberándolo de pago de primas por un periodo de 6 meses a partir del nacimiento o adopción de un hijo. Esta condonación de primas se hace extensible a todas las coberturas asociadas al seguro, a excepción de la Cláusula de Ampliación de Cobertura y Ahorro y otros seguros, diferentes a los planes mencionados, que pueda mantener vigente.

Acogerse a este beneficio no inhibe la opción de solicitar otros beneficios adicionales.

Planes que tienen asociado este beneficio: Mutual Mujer Protegida y Seguro de Vida con Protección Familiar.

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

Límite de otorgamiento: Este beneficio se otorgará cada vez que se produzca el nacimiento o adopción de un hijo.

Plazo de presentación: 180 días corridos contados a partir de la fecha del nacimiento o adopción del hijo.

Documentos Requeridos:

- Solicitud de beneficio firmada por la Asegurada Titular o Contratante según corresponda (solo para solicitudes presenciales).

- 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:

- Condonación de primas (6 meses prima).

Monto del beneficio:

Equivale al valor de 6 primas mensuales a condonar (el cual no incluye el valor de la prima de la Cláusula de Ampliación de Cobertura y Ahorro o Cláusula de Ahorro, si se hubiere contratado de manera adicional a los seguros MMP o de Vida con Protección Familiar), cuyo cálculo se realizará en base a meses completos adeudados y no proporciones (saldos) que pudiesen quedar por pagos parciales. La condonación aplicará desde el mes en que se produjo el nacimiento del hijo en adelante o bien, el mes en que haya quedado ejecutoriada la sentencia de adopción.

Para el caso en donde aplique la condonación de primas futuras:

El cálculo del valor prima a condonar, considerará como tope el valor asociado al capital base al momento del otorgamiento. Esto quiere decir que, en caso de que el asegurado realice una modificación en su póliza, que implique una reducción en el valor prima dentro del periodo que se está condonando, no se generará ningún tipo de excedente que permita cubrir más meses primas que los indicados en el párrafo precedente.

El único caso en donde aplicará la condonación de una prima futura, mayor a la que se encontraba vigente al momento del otorgamiento del beneficio, es cuando proceda un reajuste en su valor por haber alcanzado la temporalidad pactada, tanto en el caso de seguros en UF como en UM.

Para el caso en donde aplique la condonación de primas ya generadas:

El cálculo del valor prima a condonar, considerará el valor de la prima ya generada (cobranza emitida), indistintamente de si a la fecha del otorgamiento del beneficio, ésta fuera diferente respecto a la prima vigente al momento del otorgamiento.

COMPRA DE PLANTILLAS ORTOPÉDICAS PARA HIJOS

Es una ayuda monetaria para el Asegurado Titular, por el gasto efectivo incurrido en la compra de plantillas ortopédicas para los hijos incorporados en la póliza a la cual se asocia esta ayuda.

Planes que tienen asociado este beneficio: Planes Familiares.

Carencia: 7 meses contados desde la fecha de vigencia de la póliza, 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.

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 Asegurado Titular o Contratante según corresponda (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 Contratante.
- Vale Vista (sólo si no tiene cuenta bancaria).

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

RENDIMIENTO ESCOLAR PARA HIJOS

Esta ayuda monetaria se concede al Asegurado Titular o Contratante según corresponda, en caso de que el hijo cuente con una Cláusula de Ayuda Educacional vigente (CAE), y obtenga un promedio anual de notas igual o superior a 6,0 (seis coma cero) desde 5° básico a 4° año de enseñanza media.

Planes que tienen asociado este beneficio: Planes Familiares con CAE vigente.

Carencia: 3 meses contados a partir de la vigencia de la póliza, así también la vigencia de la CAE del hijo por el cual se solicita el beneficio, hasta el 31 de diciembre del año que realiza el curso respectivo.

Límite de otorgamiento: Este beneficio se entregará sólo una vez por curso realizado.

Plazo de presentación: 180 días corridos a partir del 31 de diciembre del año que realizó el curso respectivo.

Documentos Requeridos:

- Solicitud de beneficio firmada por el Asegurado Titular o Contratante según corresponda (solo para solicitudes presenciales).
- Concentración de notas o certificado, que consigne el nombre del alumno, curso(s) aprobado(s) y promedio final del año que rindió. Deben contener el timbre de la institución educacional (autorizada por el Ministerio de Educación de Chile) y firma de quien lo autoriza. En su lugar, también se aceptará el Certificado de Notas disponible en el portal del Ministerio de Educación (Mineduc).

Modalidad de Pago:

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

Monto del beneficio:

El monto correspondiente, se otorga en base al año académico de enseñanza cursado por el alumno y el promedio anual de notas obtenido, según se expone a continuación:

Ciclo	Promedio 6,0 a 6,4	Promedio 6,5 a 7,0
5° a 8° básico	\$15.000.-	\$23.000.-
1° a 4° medio	\$15.000.-	\$28.000.-

El monto de este beneficio es fijo y se entregará por hijo y curso anual realizado, cualquiera sea la cantidad de pólizas asociadas al beneficio.

Incompatibilidades:

- Se entregará sólo un beneficio por curso realizado.
- Si el hijo beneficiado realiza dos cursos en un año, corresponderá el pago de solo un beneficio.
- En caso de que el Asegurado Titular mantuviera vigente un seguro Secora, Secora Jubilado o Secoal, y en primera instancia hubiese sido favorecido con el otorgamiento del Beneficio Rendimiento Escolar que se detalla en el presente documento, no podrá obtener el pago del Rendimiento Escolar para Hijos si es que figura en el listado remitido por la Armada de Chile.
- Asimismo, si se pagase en primera instancia el Beneficio Rendimiento Escolar por la póliza Secora, Secora Jubilado o Secoal por figurar en el listado remitido por la Armada de Chile, no aplicará el pago de una segunda ayuda por el seguro Familiar.

RENDIMIENTO ESCOLAR PARA HIJOS PAES

Consiste en la entrega de una ayuda monetaria por única vez, en el evento de que el hijo designado como beneficiario en una Cláusula de Ayuda Educacional vigente, obtenga un promedio igual o superior a 700 puntos en la Prueba de Admisión para la Educación Superior. Este promedio se obtendrá tomando en cuenta las pruebas obligatorias, que corresponden a las de Competencia Matemática y Competencia Lectora.

Planes que tienen asociado este beneficio: Planes Familiares con Cláusula de Ayuda Educacional.

Carencia: 3 meses contados a partir de la vigencia de la póliza, como así también de la vigencia de la cláusula de ayuda educacional del hijo por el cual se solicita el beneficio, a la fecha en que este rinda la Prueba de Admisión para la Educación Superior.

Límite de otorgamiento: Este beneficio se entregará por única vez en la vida, a cada hijo que cumpla con los requisitos.

Plazo de presentación: 180 días corridos a partir de la fecha en que el hijo rinda la Prueba de Admisión para la Educación Superior.

Documentos Requeridos:

- Solicitud de Beneficio firmada por el Asegurado Titular o Contratante según corresponda (solo para solicitudes presenciales).
- Certificado de Puntaje de la Prueba de Admisión Educación Superior, obtenido desde el sitio web www.demre.cl. Este debe acreditar RUT del postulante, nombre y puntaje alcanzado por prueba.

Modalidad de Pago:

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

Monto del beneficio: Monto único de \$50.000, cualquiera sea la cantidad de pólizas que se tengan asociadas al beneficio.

Incompatibilidades:

- Se entregará una vez en la vida por hijo beneficiado.
- En caso de que el Asegurado Titular mantuviera vigente un seguro Mutua Ahorro Educación Superior (MAES), y en primera instancia hubiese sido favorecido con el otorgamiento del Beneficio Rendimiento Escolar PAES del seguro familiar, no podrá obtener un segundo pago por el beneficio Puntaje de Admisión Educación Superior por el seguro

MAES. Asimismo, si se pagase en primera instancia el Beneficio Puntaje de Admisión Educación Superior por la póliza MAES, no aplicará un segundo pago por el beneficio Rendimiento Escolar PAES por el seguro Familiar.

PUNTAJE DE ADMISIÓN EDUCACIÓN SUPERIOR MAES

Para solicitar este beneficio debes enviar los documentos como dato adjunto a la casilla beneficios@mutualdeseguros.cl.

Consiste en la entrega de una ayuda monetaria por única vez, en el evento de que el Beneficiario del seguro Mutual Ahorro Educación Superior (MAES) obtenga un promedio igual o superior a 700 (setecientos) puntos en la Prueba de Admisión para la Educación Superior. Este promedio se obtendrá tomando en cuenta las pruebas obligatorias, que corresponden a las de Competencia Matemática y Competencia Lectora.

Planes que tienen asociado este beneficio: Mutual Ahorro Educación Superior (MAES).

Carencia: 7 meses contados desde la fecha de vigencia de la póliza, a la fecha en que el beneficiario rinda la Prueba de Admisión para la Educación Superior.

Límite de otorgamiento: 1 vez en la vida del Beneficiario del seguro MAES.

Plazo de presentación: 180 días corridos, a partir de la fecha en que el Beneficiario rinda la Prueba de Admisión de Educación Superior, para solicitar el beneficio.

Documentos Requeridos:

- Solicitud de beneficio firmada por el Contratante o Beneficiario del seguro MAES, para este último caso, debe existir la obligación por parte de la Mutual del pago de las anualidades contratadas.
- Certificado de Puntaje de la Prueba de Admisión Educación Superior, obtenido desde el sitio web www.demre.cl. Este debe acreditar RUT del postulante, nombre y puntaje alcanzado por prueba.

Modalidad de Pago:

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

Monto del beneficio: El monto se otorgará en base al puntaje obtenido, de acuerdo a la siguiente tabla:

Puntos		Monto
Mínimo	Máximo	
700	786,5	\$150.000.-
787	862,5	\$200.000.-
863	924,5	\$250.000.-
925	1.000	\$300.000.-

Incompatibilidades:

- En caso de que el Asegurado Titular mantuviera vigente un seguro Mutual Ahorro Educación Superior (MAES), y en primera instancia hubiese sido favorecido con el otorgamiento del Beneficio Rendimiento Escolar PAES del seguro familiar, no podrá obtener un segundo pago por el beneficio Puntaje de Admisión Educación Superior por el seguro MAES.
- Asimismo, si se pagase en primera instancia el Beneficio Puntaje de Admisión Educación Superior por la póliza MAES, no aplicará un segundo pago por el beneficio Rendimiento Escolar PAES por el seguro Familiar.

ATENCIONES MÉDICAS ADULTO MAYOR

Consiste en un aporte monetario que se entrega al Asegurado Titular con un mínimo de 60 años, por el gasto efectivo incurrido en la atención de consulta médica de él y su Cónyuge o Sustituto incorporado en el seguro.

Planes que tienen asociado este beneficio: Planes Familiares y planes

con Valores Garantizado o Vida Entera.

Carencia: El Asegurado Titular debe contar con un mínimo de 60 años, a la fecha de pago de la atención de consulta médica.

Límite de otorgamiento: 3 veces al año para el Asegurado Titular y 3 veces para el Cónyuge o Sustituto.

Plazo de presentación: 180 días corridos contados a partir de la fecha de pago de la atención de consulta médica.

Documentos Requeridos:

- Solicitud de Beneficio firmada por el Asegurado Titular o Contratante según corresponda (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 Contratante.
- Vale Vista (sólo si no tiene cuenta bancaria).

Monto del beneficio: El monto corresponderá al gasto efectuado, con un monto máximo de hasta \$12.000, cualquiera sea la cantidad de pólizas con relación a las cuales se pueda solicitar el beneficio. El monto del beneficio en cuestión no dependerá de la vigencia de la póliza.

Incompatibilidades:

Se exceptúan, las atenciones o consultas de profesionales que no son médico cirujano como: nutricionistas, kinesiólogos, psicólogos, entre otros; y cualquier otro gasto médico que no corresponda al pago de una consulta médica.

BONIFICACIÓN AL VENCIMIENTO MUTUAL CAPITAL GARANTIZADO

Se trata de un incremento del capital base asegurado, en determinados porcentajes, en virtud de la antigüedad de la póliza asociada a este beneficio.

Esta bonificación la recibe el Asegurado Titular en caso de que sobreviva al término del plazo pactado en su seguro Mutual Capital Garantizado.

Planes que tienen asociado este beneficio: Mutual Capital Garantizado.

Carencia: Las pólizas utilizadas en el cálculo deben contar con una vigencia mínima de 5 años o más, debiendo considerar para estos efectos el capital vigente a la fecha de otorgamiento del beneficio, como así también, que la póliza haya terminado con motivo de su vencimiento.

Plazo de presentación: Este beneficio se paga junto al vencimiento de la póliza Mutual Capital Garantizado.

Modalidad de Pago:

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

Monto del beneficio: Se calcula el monto por cada póliza que cumple con las condiciones de otorgamiento, de la siguiente forma:

1. Se calcula la vigencia en años completos.
2. Estando determinada la cantidad de años de vigencia, se obtendrá el porcentaje de bonificación asignado en la Tabla de Cálculo.
3. Para los efectos del cálculo del monto de la bonificación, se considerará un capital base máximo igual a 100 UM en el caso de los planes expresados en esa unidad, y de 150 UF para planes valorizados en Unidades de Fomento.
4. El monto de la bonificación, en pesos, corresponderá a la multiplicación del porcentaje asignado en la Tabla de Cálculo, por el capital base de la póliza según el valor de la UM o UF según corresponda, a la fecha de la expiración del plazo de la cobertura pactada a plazo fijo.
5. El monto total del beneficio será la suma de bonificaciones calculadas para cada póliza individualmente considerada, y no sufrirá modificaciones si quedara pendiente de pago por cualquier motivo, aun cuando el valor de la U.M. o U.F. haya variado por efecto del reajuste de dichas Unidades.
6. Con todo, el monto o límite máximo de bonificación a pagar, no podrá exceder de \$3.062.200. Este límite procederá siempre, independientemente de la cantidad de pólizas que permitan acceder al beneficio de bonificación que el Asegurado Titular hubiese mantenido vigentes al momento de su vencimiento. De esta forma, si a ese momento el Asegurado Titular tuviese vigente dos o más pólizas con el beneficio de la bonificación, éstas serán acumulativas y en ningún caso dicho cúmulo podrá exceder el límite señalado.

Tabla de Cálculo

Vigencia (Años Cumplidos)	% Bonificación
5 a 10	10
11 a 14	15
15 a 20	20
21	25
22	30
23	35
24	40
25	45
26 o más	50

Incompatibilidades:

- El otorgamiento de esta bonificación termina total y definitivamente, si el Asegurado Titular o su Cónyuge o Sustituto, o cualquiera de ellos, hace uso del beneficio por Enfermedades de Alto Riesgo, quienes, por ese solo hecho, perderán de forma definitiva la posibilidad de optar al beneficio de Bonificación al Vencimiento Mutual Capital Garantizado.
- Si el Asegurado Titular fuese titular de dos o más pólizas asociadas al beneficio de Bonificación al Vencimiento Mutual Capital Garantizado, y con anterioridad hubiese hecho uso del beneficio Enfermedades de Alto Riesgo por una sola póliza, dicha circunstancia extinguirá de igual forma toda posibilidad de solicitar la bonificación por las pólizas restantes asociadas a tal beneficio.
- En aquellas pólizas que de acuerdo a los Reglamentos vigentes con anterioridad al año 1997, hubiesen solicitado el anticipo del 30% de la Bonificación Extra al Capital Base, producto del fallecimiento del Cónyuge o Sustituto incorporado en la Póliza, los beneficiarios podrán optar a la bonificación, sólo por el saldo restante de 70% de la bonificación correspondiente.

AYUDA POR INCENDIO, TERREMOTO Y/O TSUNAMI

Consiste en una ayuda monetaria al Asegurado Titular que sufre la pérdida total de su patrimonio, a causa de un incendio; o que 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 Asegurado Titular que se encuentren

en el bien raíz habitado por él, tales como aquellos que usualmente guarnecen una casa habitación, por ejemplo: mobiliario de casa, electrodomésticos, cuchillería, vajilla, etc. Por otra parte, el beneficio aplicará por daños que afecten el bien raíz, siempre que este sea de propiedad del asegurado titular.

Para estos efectos, se entenderá que hay Pérdida Total, cuando los daños ocasionados sean iguales o superiores al 75% del valor real del bien raíz y/o los bienes muebles, al momento del incendio.

Se entenderá por **hogar inhabitable**, a aquel bien raíz, que siendo de propiedad del Asegurado titular, quede en condiciones que hagan inviable toda posibilidad de habitar o vivir en él, como consecuencia de un Terremoto y/o Tsunami, o ambos a la vez. Se entenderá como terremoto un movimiento telúrico de magnitud igual o superior a 7 grados en la Escala de Richter, que se haya registrado en la región donde el Asegurado Titular es propietario del bien que habita. La magnitud será la informada por el Ministerio del Interior.

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: Planes Familiares.

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

Límite de otorgamiento: 2 veces en total en la vida del Asegurado Titular. Plazo de presentación 180 días corridos contados a partir de la fecha del evento.

Documentos Requeridos:

Solicitud de beneficio firmada por el Asegurado Titular o Contratante según corresponda (solo para solicitudes presenciales).

En caso de Incendio:

- Certificado, extendido por el Comandante del Cuerpo de Bomberos de la localidad correspondiente, que indique el nombre de la persona afectada, la dirección del inmueble en que ocurrió el incendio, los daños y el porcentaje total de pérdida de los enseres.
- Declaración simple del Asegurado Titular, en la que debe indicar los enseres de su propiedad que haya perdido, y debidamente valorizados.
- Parte Policial que otorga Carabineros de Chile, que dé cuenta del

domicilio del Asegurado Titular, o en su defecto, el Certificado de Residencia emitido por las Juntas de Vecinos o de la Unidad Comunal de Junta de Vecinos, que dé cuenta del domicilio del Asegurado Titular. También se podrá presentar la copia de la Inscripción de dominio del inmueble en que ocurrió el incendio, siempre que este sea de propiedad del Asegurado Titular.

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 Contratante.
- 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 Asegurado, por concepto de avalúo de los bienes muebles sea inferior a éste, en cuyo caso se entregará el monto que conste en la declaración simple, 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 Asegurado Titular.
- No procederá el pago de esta ayuda cuando las pérdidas totales hayan sido causadas intencionalmente por el propio Asegurado Titular.

DESCUENTO EN PRIMAS SEGURO SALUD PROTEGIDA

Es un beneficio que contempla la rebaja de un 100% del valor prima del primer mes (proporcional en caso de que el seguro inicie su vigencia posterior al día 1º) y los meses prima quinto y sexto. Luego aplicará una rebaja del 10% durante el primer año de vigencia, siempre que el Contratante mantenga otro seguro con vigencia previa a la contratación del Seguro Salud Protegida.

Planes que tienen asociado este beneficio: Seguro Salud Protegida.

Requisitos particulares:

- Mantener otro seguro vigente (con fecha anterior al Seguro Salud Protegida) con Mutual de Seguros de Chile, de aquellos mencionados en la sección Generalidades.
- Para acceder a la rebaja del 100% de las primas quinta y sexta, se evaluará que el asegurado mantenga al día sus obligaciones con Mutual, según se señala en las Condiciones Generales de Otorgamiento. Esto al momento de emisión de la prima mensual.

Consideraciones:

- El beneficio en estas condiciones aplicará para pólizas cuya emisión sea igual o posterior al 01/01/2026.
- Para las pólizas emitidas con anterioridad al 01/01/2026, deberán respetarse las condiciones del beneficio en cuanto a la aplicación de la condonación del 100% para las primas 1, 2, 3 y 4, sin embargo, el 10% solo aplicará para el primer año de vigencia de la póliza.

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 asegurados que efectúen la compra a través del sitio web de Mutual o los banners de la Armada, Bienestar Armada, PDI y Gendarmería.

Para contratantes del Seguro con Devolución, el beneficio contempla la rebaja de un 100% del valor del seguro de Accidentes Personales SOAP por la compra a través del sitio web de Mutual, para un vehículo de su propiedad. Se incluyen en este beneficio los siguientes vehículos: automóviles, jeeps, station wagons, camionetas y furgones.

Planes que tienen asociado este beneficio:

Descuento de \$1.000: Aplica para cualquier asegurado que mantenga

una cobertura de vida, de salud o accidentes con Mutual de Seguros de Chile, ya sea individual, colectiva o institucional.

Descuento del 100% del valor del SOAP: Seguro con Devolución.

Monto del beneficio: El monto del beneficio es de \$1.000 o el 100% del valor SOAP, según corresponda.

Requisitos particulares:

- A la fecha de la compra del seguro SOAP, el propietario del vehículo debe mantener un seguro vigente con Mutual.
- Para el descuento de \$1.000, 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. Para el descuento del 100%, la compra debe realizarse por internet a través de la página web de Mutual.

Consideraciones:

- La rebaja del 100% del valor se hará por única vez y aplica para quienes compren un Seguro con Devolución y un SOAP durante al año 2026. La condonación del 100% del valor del SOAP, podrá efectuarse cuando la póliza del Seguro con Devolución se encuentre emitida.

BONIFICACIÓN EXCELENCIA ACADÉMICA PROGRAMA DE EDUCACIÓN FINANCIERA

Ayuda monetaria que consiste en el pago de un monto único al Asegurado Titular que finalice en el año 2026 nuestro Programa de Educación Financiera con una calificación igual o superior a 6,3 (seis coma tres).

Planes que tienen asociado este beneficio: Todos los planes indicados en el apartado de Generalidades.

Carencia: 7 meses contados desde la fecha de vigencia de la póliza a la fecha de término del Programa de Educación Financiera.

Límite de otorgamiento: 1 vez en la vida del Asegurado Titular.

Documentos Requeridos:

- Certificado de Finalización del Curso de Educación Financiera, con fecha de término correspondiente al año 2026.

Modalidades de Pago:

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

Monto del beneficio: Monto único de \$20.000.-

BENEFICIO DE CONTENCIÓN

Es una ayuda monetaria que contempla la devolución del 50% del valor de la prima básica pagada, por un período de tres meses en caso de que el Contratante manifieste su intención de poner término a la cobertura contratada por problemas económicos.

Planes que tienen asociado este beneficio: aplica para todos los planes mencionados en la sección Generalidades, excepto los siguientes seguros: Seguro Salud Protegida, Mutual Oncológico Familiar, Mutual Accidentes Personales en todas sus modalidades y Renta e Inversión Garantizada en sus dos modalidades.

Carencia: 1 año contados desde la fecha de vigencia de la póliza, a la fecha de solicitud del beneficio.

Límite de otorgamiento: 1 vez por póliza que cumpla con los requisitos.

Documentos Requeridos:

- Solicitud de beneficio firmada por el Asegurado Titular o Contratante según corresponda o aceptación telefónica efectuada por nuestra plataforma de Contact Center, a través de la aplicación del protocolo establecido para efectos de este beneficio.

Modalidad de Pago:

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

Monto del beneficio: El monto será equivalente al 50% del valor de la prima básica del seguro.

REBAJA DE PRIMA PARA PÓLIZAS DE PROTECCIÓN FAMILIAR CON TEMPORALIDAD DE 5, 10, 15 Y 20 AÑOS, CUYOS VALORES SE EXPRESAN EN UM

Es una ayuda monetaria otorgada al Contratante de Seguros Familiares en UM con temporalidades de 5, 10, 15 y 20 años, que consiste en la rebaja del 15% del valor de la prima básica mensual, con tope de 0,2 UM, aplicada de forma indefinida sobre el pago de primas futuras, en caso de que el Contratante manifieste su intención de poner término al seguro por problemas económicos.

Planes que tienen asociado este beneficio: Aplica para los planes Familiares Antiguos, Seguros de vida con Protección Familiar y Protección Familiar Reajutable.

Carencia: La ayuda se otorga a pólizas con 35 años de vigencia cumplidos a la fecha de solicitud.

Límite de otorgamiento: 1 vez por póliza (único otorgamiento).

Documentos Requeridos:

- La Solicitud de beneficio firmada por el Asegurado Titular o Contratante según corresponda.
- Aceptación telefónica registrada a través de nuestra plataforma de Contact Center, mediante la aplicación y cumplimiento del protocolo establecido para la gestión de esta ayuda.

Modalidad de Pago:

Rebaja aplicada a las primas emitidas.

Monto del beneficio: El monto corresponde a una rebaja 15% del valor de la prima básica mensual, con tope de 0,2 UM.

ALIANZAS

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 Contratante, 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 contratantes de seguros que tengan 65 años o más y para quienes mantengan vigente el seguro Salud Protegida, el tope mensual ascenderá a \$10.000, pudiendo acceder a los siguientes descuentos:

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

El tope mensual de \$3.000 o \$10.000 por Rut según corresponda, es por el total de las compras efectuadas por el Contratante en el mes y no por cada compra.

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

Planes que tienen asociado este beneficio: Aplica para todos los planes mencionados en la sección Generalidades.

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.

DESCUENTOS EN MEDICAMENTOS FARMACIAS PROFAR

Consiste en la aplicación de un descuento en compras de medicamentos en el sitio web www.profar.cl, en compras presenciales (sucursal de Providencia, Región Metropolitana) o a través de su Contact Center, sin tope mensual, según el siguiente detalle:

- Hasta un 12% de descuento en Medicamentos genéricos.
- Hasta un 10% de descuento en Medicamentos bioequivalentes.
- Hasta un 8% de descuento en Medicamentos de Marca.
- Hasta un 5% de descuento en Medicamentos de especialidad.

Para la aplicación del descuento a través de la web, el contratante debe identificarse con el correo registrado en Mutual de Seguros, además de la información personal solicitada. Luego, debe hacer clic en el botón “Ir a la entrega” y proceder con el pago.

Planes que tienen asociado este beneficio: Aplica para todos los planes mencionados en la sección Generalidades.

Límite de otorgamiento: No existe tope.

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

Incompatibilidades:

- Los descuentos son aplicables exclusivamente a los medicamentos y productos incluidos en el “Listado de Descuentos Mutual Seguros Chile”, disponible en el sitio web www.profar.cl/convenio-la-Mutual.

- Los descuentos son aplicados al precio neto total del producto y/o medicamento y no serán acumulables con otros descuentos, promociones, ofertas o beneficios.

La venta de medicamentos está sujeta a la disponibilidad exclusiva de la Farmacia.





**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



Mutual de Seguros de Chile

