

SOLICITUD DE BENEFICIO ADICIONAL

Enfermedad de Alto Riesgo

Para pólizas con vigencia anterior a 01-04-2018

USO EXCLUSIVO MUTUAL	
Fecha Recepción Mutual	
N° OT	

1. Antecedentes Contratante

Nombre:	Rut:
Domicilio:	Ciudad:
E-mail:	Teléfonos:

2. Antecedentes persona por quien se solicita el beneficio

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

3. Antecedentes para el Pago:

- Vale Vista Banco BCI (Sólo si no tiene cuenta bancaria para realizar transferencia)
 Transferencia Bancaria (Siempre que el Titular de la cuenta corresponda al Contratante del seguro)

Nombre Titular Cuenta:	Rut:
N° de Cuenta:	Banco:
Correo Electrónico:	Tipo Cuenta*:

(*) Criterio de Clasificación de Cuentas:

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

4. Documentos y Requisitos

Documentos

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

Requisitos Generales

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



Consideraciones

El uso de este Beneficio extingue total y definitivamente la posibilidad de optar al Beneficio de Bonificación Extra al Capital Base y de Intervención Quirúrgica cuando se trate de cirugía a corazón abierto o colocación de marcapasos cardíaco definitivo.

Declaración del Solicitante: Declaro estar en conocimiento de que el otorgamiento de este Beneficio está supeditado a la evaluación de los antecedentes presentados y requisitos exigidos en la presente solicitud, asimismo, que el plazo de respuesta corresponde a un máximo de 20 días hábiles a partir de la fecha de recepción de la solicitud por Mutua de Seguros de Chile.

Mutua de Seguros de Chile se reserva el derecho para solicitar mayores antecedentes a los estipulados en esta declaración cuando sea necesario.

Nota: Las solicitudes que sean rechazadas por falta de documentación o por presentar deudas, podrán volver a ser presentadas. Para tal efecto, debe realizar una nueva solicitud, adjuntando toda la documentación requisito del beneficio.

FIRMA CONTRATANTE

V° B° FUNCIONARIO

V° B° JEFE SUCURSAL

CERTIFICADO MÉDICO (FORMATO TIPO)

Enfermedad de Alto Riesgo

1. Antecedentes del Paciente

Nombre Completo Paciente:
Rut:

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

Diagnóstico:
Cirugía:
Fecha Cirugía: / / .-

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

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

3. Antecedentes del Médico Tratante:

Nombre Médico Tratante o Cirujano:
Rut:
Dirección Consulta Médica:
Teléfono:

FIRMA Y TIMBRE MÉDICO/
CIRUJANO

Nota: Este documento se entenderá como válido sólo en el caso de que se presente debidamente firmado y timbrado por el Médico Tratante.

Documento para ser presentado en las Sucursales de Mutua de Seguros de Chile, la cual se compromete a no hacer otro uso de la información aquí entregada, sino para la que ha sido solicitada.