

# SOLICITUD DE BENEFICIO ADICIONAL

## Intervención Quirúrgica

| USO EXCLUSIVO MUTUAL  |  |
|-----------------------|--|
| Fecha Recepción Mutua |  |
| N° OT                 |  |

### 1. Antecedentes Contratante

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

### 2. Antecedentes persona por quien se solicita el beneficio

|                   |  |  |                                |   |
|-------------------|--|--|--------------------------------|---|
| Persona Afectada: | <input type="checkbox"/> Asegurado Titular | <input type="checkbox"/> Cónyuge o Sustituto | <input type="checkbox"/> Hijo  | <input type="checkbox"/> Beneficiario, sólo seguro MAES |
| Nombre Completo:  |  |  |                                | Rut:  |
| Sistema de Salud: | <input type="checkbox"/> Fonasa            | <input type="checkbox"/> Isapre              | <input type="checkbox"/> Otro: | <input type="checkbox"/> Sin Previsión                  |

### 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"> <li>▪ Cuenta Corriente</li> <li>▪ Cuenta Joven</li> <li>▪ Cuenta Prima</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Cuenta de Ahorro</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Cuenta Vista</li> <li>▪ Chequera Electrónica</li> <li>▪ Cuenta RUT</li> </ul> |

### 4. Documentos y Requisitos

#### Documentos

- Solicitud de beneficio firmada por el Contratante del seguro.
- 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 (Se incluye formulario adjunto que podrá utilizarse de manera opcional).
- Comprobantes de pago de la cirugía tales como; bonos, reembolsos o programa médico pagado. En caso de existir boletas no bonificadas correspondientes a la intervención, deberán estar timbradas como "No Bonificable" por su sistema de salud, exceptuando el caso de 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.

#### Requisitos Generales

- Debe encontrarse al día en el pago de sus primas y cualquier otra obligación contraída con Mutua de Seguros de Chile, y sin préstamo de revalidación vigente.
- No se consideran los siguientes tipos de intervenciones: odontológicas; exámenes como gastroduodenoscopías, colonoscopías, endoscopías, con o sin biopsia, tratamientos relacionados con la aplicación de productos inyectables, entre otros; abortos provocados, intervenciones voluntarias como cirugías estéticas o esterilización; y gastos originados por medicamentos, biopsias o estudios histopatológicos y/o atenciones médicas anteriores o posteriores a la fecha de la cirugía.
- El Asegurado Titular y el beneficiario de esta ayuda deben encontrarse con vida al momento de solicitar el beneficio.
- La Intervención Quirúrgica debe haber sido realizada dentro del territorio nacional.
- Límite de Otorgamiento: 2 veces en total en un período de 365 días, independientemente del número de personas incorporadas a la póliza que da lugar al beneficio.
- Plazo de Presentación: 210 días corridos contados a partir de la fecha de la intervención quirúrgica.
- Antigüedad Mínima: 3 meses contados desde la fecha de vigencia de la póliza para el Asegurado Titular o desde la



- fecha de incorporación del componente, a la fecha de la intervención quirúrgica, excepto cesárea, 1 año.
- En caso 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.

**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, dentro del plazo máximo de presentación de 210 días corridos, contados a partir de la fecha de la intervención quirúrgica.

\_\_\_\_\_  
FIRMA CONTRATANTE

\_\_\_\_\_  
V° B° FUNCIONARIO

\_\_\_\_\_  
V° B° JEFE SUCURSAL

# CERTIFICADO MÉDICO (FORMATO TIPO)

Opcional para beneficio de Intervención Quirúrgica

## 1. Antecedentes del Paciente

|                           |
|---------------------------|
| Nombre Completo Paciente: |
| Rut:                      |

## 2. Antecedentes de la Intervención Quirúrgica:

|                                   |
|-----------------------------------|
| Diagnóstico:<br>.....<br>.....    |
| Cirugía:                          |
| Fecha Cirugía:     /     /     .- |

## 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 Agencias 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.

