

# SOLICITUD DE BENEFICIO ADICIONAL

## Plantillas Ortopédicas para Hijos

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

Nombre Completo Hijo:	Rut:
-----------------------	------

### 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.
- Fotocopia de la orden o receta médica. Debe indicar nombre del paciente (hijo incorporado en la póliza) y la prescripción de las plantillas ortopédicas, con timbre y firma del médico.
- Bono, reembolso o boleta correspondiente a la compra de plantillas ortopédicas. Si presenta esta última, debe figurar con timbre de "No Bonificable" de su sistema de salud.
- La boleta, bono o reembolso deben indicar el nombre de quien motiva la compra. En caso de presentar voucher se verificará el lugar en donde se realizó la compra.

#### Requisitos Generales

- El Hijo debe encontrarse incorporado en la póliza.
- Debe encontrarse al día en el pago de sus primas y sin préstamo de revalidación vigente.
- El Asegurado Titular y el hijo beneficiario de esta ayuda deben encontrarse con vida al momento de solicitar el beneficio.
- La compra de plantillas debe realizarse dentro del territorio nacional.
- Límite de Otorgamiento: 1 vez en un período de 365 días, por cada hijo incorporado en la póliza asociada a este beneficio, a contar de la fecha de compra de plantillas ortopédicas.
- Plazo de Presentación: 60 días contados a partir de la fecha de compra de las plantillas ortopédicas
- Antigüedad Mínima: 7 meses contados desde la fecha de incorporación del componente, a la fecha de la compra de las plantillas ortopédicas.

**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.



Mutual 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 60 días corridos, contados a partir de la fecha de pago de las plantillas ortopédicas.

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

\_\_\_\_\_  
V° B° FUNCIONARIO

\_\_\_\_\_  
V° B° JEFE SUCURSAL