

SOLICITUD DE BENEFICIO ADICIONAL

Intervención Quirúrgica Secora Jubilado/Secoal

USO EXCLUSIVO MUTUAL	
Fecha Recepción Mutua	
N° OT	

1. Antecedentes Adherente

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

2. Antecedentes persona por quien se solicita el beneficio

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

3. Antecedentes para el Pago:

- Envío de cheque por correo a su domicilio.
- Envío de cheque por correo a otra dirección: _____
- Entregar cheque en sucursal de: _____
- Transferencia Bancaria (Siempre que el Titular de la Cuenta corresponda al Adherente Titular)

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

Declaro aceptar que, si por razones ajenas a la Mutua de Seguros de Chile, la transferencia en la indicada cuenta fuera rechazada por el Banco, el Beneficio Adicional sea enviado por medio de un cheque a mi dirección particular u otra dirección o entregado en agencia de Mutua, según la siguiente elección:

- Envío por correo a su domicilio
- Envío por correo a otra dirección: _____
- Entregar en Sucursal de: _____

4. Documentos y Requisitos

Documentos

- Solicitud de Beneficio firmada por el Adherente Titular.
- Certificado Médico (Adjunto en este formulario de solicitud del beneficio) que indique nombre del paciente, diagnóstico, fecha y tipo de intervención quirúrgica, con firma y timbre del Médico Cirujano Tratante, programa médico pagado, bonos y reembolsos.
- En el caso de contar con el Sistema de Salud Armada, además del certificado médico, debe adjuntar detalle de prestaciones médicas y certificado original que acredite el monto total, valor bonificado y copago a pagar por el Adherente.
- Programa médico pagado, bonos y reembolsos; documentos en original o bien fotocopia legalizada ante Notario
- En caso de existir Boletas "No Bonificadas" correspondientes a la intervención quirúrgica, deberán estar timbradas como "No Bonificable" por su Sistema de Salud, exceptuando el caso de FONASA. Estos documentos deberán presentarse en original o bien fotocopia legaliza ante Notario.
- En caso que la persona intervenida no esté afiliada a ningún sistema de salud, deberá presentar, además, una declaración jurada ante Notario, en la que indique que a la fecha de la intervención quirúrgica no estaba afiliada a ningún sistema de salud, acompañando las boletas originales

Requisitos Generales

- Debe encontrarse al día en el pago de sus primas.

- No se consideran los siguientes tipos de intervenciones: odontológicas; exámenes como gastroduodenoscopías, colonoscopías, endoscopías, entre otros; abortos provocados; inyecciones de avastin y similares; intervenciones voluntarias como cirugías estéticas o esterilización; y gastos originados por medicamentos y/o atenciones médicas anteriores o posteriores a la fecha de la cirugía.
- El Adherente Titular y su Cónyuge 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 por grupo familiar (Adherente Titular y Cónyuge)
- Plazo de Presentación: 210 días corridos contados a partir de la fecha de la intervención quirúrgica.
- Antigüedad Mínima: 7 meses contados desde la fecha de vigencia de la póliza para el Asegurado Titular o desde la fecha de incorporación del cónyuge, a la fecha de la intervención quirúrgica, excepto cesárea, 1 año.

Consideraciones

El beneficio será otorgado al cónyuge, siempre y cuando se encuentre debidamente incorporado y cumpla con la vigencia mínima requerida para solicitar el beneficio.

Declaración del Solicitante: Declaro haber leído detenidamente los documentos y requisitos asociados al beneficio que estoy solicitando, aceptando con pleno conocimiento que son para fundar la presente solicitud, de modo que Mutual de Seguros de Chile, evalúe y determine finalmente si procede o no el otorgamiento de la ayuda que se solicita.

Nota: Para las solicitudes de Beneficios que queden pendientes por falta de documentación, el Adherente contará con un mes adicional para presentar el (los) documento (s) pendiente (s), una vez expirado el plazo de presentación del beneficio. En caso de no recibir la documentación en dicho plazo, la solicitud de beneficio será rechazada y la documentación entregada será devuelta al interesado.

FIRMA ADHERENTE

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:
Cirugía:
Fecha: / / .-

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 Mutual de Seguros de Chile, la cual se compromete a no hacer otro uso de la información aquí entregada, sino para el que ha sido solicitada.