

DECLARACIÓN SIMPLE

SOLICITUD DE PRÓRROGA DE PRÉSTAMO DE HASTA 3 CUOTAS A TRAVÉS DE REPACTACIÓN ESPECIAL PARA ASEGURADOS AFECTADOS POR EL COVID-19

FECHA			
-------	--	--	--

NOMBRE COMPLETO			
RUN			
TELÉFONO	FIJO:		CELULAR
EMAIL PERSONAL			

Declaro haber sido afectado(a) por las consecuencias de la pandemia del COVID-19 y requiero solicitar la evaluación de prórroga de préstamo que Mutualidad ha brindado como una medida de apoyo, para cubrir necesidades generadas por la situación que se indica:

- Contagio de COVID-19 del asegurado titular o grupo familiar que habita en la misma vivienda y que genere gastos adicionales por salud. (medicamentos, hospitalización, exámenes médicos, etc.).
- Disminución del ingreso familiar (pérdida de segundo ingreso, pérdida de empleo o disminución de remuneraciones de cónyuge).

Para justificar lo anterior, se adjunta lo siguiente (marque la o las alternativas de documentos que desea acompañar y que fundamentan su presentación):

- Certificado médico que incluya diagnóstico o certificado examen PCR positivo
- Finiquito o adendum de contrato de trabajo de cónyuge.
- Documento que acredite disminución de ingresos del asegurado.
- Certificado emitido por Asistente Social.
- Declaro que los antecedentes que he proporcionado son fiel reflejo de la realidad y asumo la responsabilidad en caso de no ser veraces.**

- El otorgamiento de este beneficio está supeditado a la evaluación de los antecedentes que presente el asegurado.
- Mutualidad se reserva el derecho de exigir documentación complementaria para autorizar su solicitud.

FIRMA ASEGURADO