

DECLARACIÓN DE SINIESTRO
SOLICITUD DE REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE
MUTUAL ACCIDENTES PERSONALES



USO EXCLUSIVO MUTUAL	
Fecha Recepción Mutual	
N° OT	
ROL	

1. Antecedentes Contratante	
Nombre:	Rut:
Domicilio:	Ciudad:
E-mail:	Teléfonos:

2. Antecedentes del Asegurado (sólo si es distinto del Contratante)			
Nombre Completo:			
Rut:	Edad:	años	Fecha de Nacimiento: / /
Dirección:			Ciudad:
Teléfonos:			E-mail:

3. Antecedentes del Accidente	
Descripción del accidente:	
Lugar:	Fecha: / /

4. Identificación del Médico Tratante	
Nombre: _____	Rut: _____
Establecimiento Asistencial: _____ Especialidad: _____ ICM: _____	
<input type="checkbox"/> Fecha Primera Atención: dd/mm/aaa	
<input type="checkbox"/> Cont. Tratamiento- Fecha Primera Atención: dd/mm/aaa	
Diagnóstico: _____	

Firma y Timbre del Médico Tratante	



DECLARACIÓN DE SINIESTRO

SOLICITUD DE REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE

MUTUAL ACCIDENTES PERSONALES



5. Documentación Presentada

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

1.- Cédula de Identidad vigente del Asegurado.

2.- Declaración de siniestros de reembolso de gastos médicos debidamente firmada.

3.- Parte Policial o informe emitido por Fiscalía Regional del Ministerio Público (sólo si es accidente de tránsito).

4.- Resultado de alcoholemia (sólo si es accidente de tránsito).

5.- Informe de la Mutualidad (sólo si es accidente de trabajo).

6.- Programa médico si corresponde.

7.- Comprobantes originales de gastos médicos; reembolsos, bonos, boletas o facturas.

8.- Compra de Medicamentos; boletas originales con receta médica.

9.- Informe Radiológico si corresponde.

6. Antecedentes para el Pago

Nombre del Banco:

Número de cuenta:

Tipo de cuenta:

Tomo conocimiento que la liquidación de reembolso de gastos médicos será practicada directamente por Mutua de Seguros de Chile y que puedo solicitar por escrito que ésta sea practicada por un liquidador, dentro del plazo de cinco días contados de la fecha de recepción por parte de Mutua de Seguros de Chile, de esta declaración.

FECHA DECLARACIÓN

FIRMA CONTRATANTE

VºBº FUNCIONARIO