DECLARACIÓN DE SINIESTRO COBERTURA ONCOLÓGICA

MUTUAL DE SEGUROS DE CHILE

USO EXCLUSIVO MUTUAL	
Fecha Recepción Mutual	
N° OT	

1. Identificación del Asegurado Afectado:		
Nombre Completo:		
Rut:	Fecha de Nacimiento: / /	Fecha de Diagnóstico: / /
Diagnóstico:		
Lugar donde fue atendido:		Comuna:
Nombre del Médico:		
Breve reseña de síntomas que originan visita al médico:		
¿Fue atendido anteriormente por la misma dolencia?	SI	NO
En caso de responder SI, nombrar lugar de atención:		

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

- ☐ 1.- Cédula del asegurado titular.
- ☐ 2.- Historia clínica, en el cual se indique los exámenes previos y tratamientos que derivaron a la consulta oncológica.
- ☐ 3.- Informe médico tratante: Informe Anátomo Patológico con diagnóstico de cáncer. Documento debe ser original o fotocopia legalizada ante notario, fechado (mes, día y año) y firmado por un médico especialista.
- ☐ 4.- Biopsia.

3. Identificación Denunciante (Llenar sólo si es distinto del asegurado afectado)		
Nombre Completo:		
Rut:	Edad: años	Parentesco:
Dirección:		
Ciudad:	Teléfonos: -	
E-mail:		

4. Antecedentes para el Envío de Información:	
Dirección de Envío:	
Teléfonos: -	E-mail:

Observaciones:

DECLARACIÓN DE SINIESTRO COBERTURA ONCOLÓGICA

MUTUAL DE SEGUROS DE CHILE

Declaración:

Declaro:

1.- No haber iniciado, realizado y/o efectuado ningún proceso terapéutico para el tratamiento del cáncer que me ha sido diagnosticado.

2.- Estar en conocimiento que estarán cubiertos por el seguro, sólo los gastos que correspondan a los tratamientos oncológicos direccionados por la Clínica Oncológica IRAM, ubicada en la ciudad de Santiago, en la medida que cumpla con las condiciones generales y particulares de mi seguro.

3.- En caso que sea mi voluntad atenderme en forma independiente, daré aviso a Mutual de Seguros de Chile para poner término a la cobertura oncológica y al cobro de las primas.

Importante: Recuerde entregar datos de contacto actualizados.

He sido informado y estoy en conocimiento que la liquidación de siniestro será practicada directamente por Mutual 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 esta declaración.

Fecha Declaración	Firma Beneficiario / Denunciante	VºBº Funcionario

Uso Exclusivo de Mutual de Seguros de Chile

Autorización de la Campañía	SI		NO		Hora	
Fecha 1er Control IRAM	/		/		Número de Atención	