

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:						
¿Fue atendido anteriormente por la misma dolencia?		SI		NO		
En caso de responder SI, nombrar lugar de atención:						

2.- Documentación requerida de carácter obligatorio:

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

- Cédula del asegurado titular.
- Historia clínica, en el cual se indique los exámenes previos y tratamientos que derivaron a la consulta oncológica.
- 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.
- Informe de 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 IRAM



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 corresponden 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 Mutua de Seguros de Chile para poner término a la cobertura oncológica y al cobro de las primas.

He sido informado y estoy en conocimiento que la liquidación de siniestro 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 esta declaración.

Fecha Declaración

Firma Beneficiario / Denunciante

V°B° Funcionario



600 626 7311



+56 9 3783 0823



www.mutualdeseguros.cl



contacto@mutualdeseguros.cl

