

**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](http://www.mutualdeseguros.cl)



[contacto@mutualdeseguros.cl](mailto:contacto@mutualdeseguros.cl)

