

# DECLARACIÓN DE SINIESTRO COBERTURA ONCOLÓGICA SEGURO SALUD PROTEGIDA



## 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.- 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		

### 3.- Documentación requerida de carácter obligatorio:

Mutual 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 Anatómo 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.
- Autorización y poder para solicitar ficha clínica y antecedentes médicos el cuál debe ser firmado ante notario o a través de firma electrónica.

### 4.- Identificación denunciante (llenar sólo si es distinto del asegurado afectado)

Nombre Completo:			
Rut:	Edad:	años	Parentesco:
Dirección:			
Ciudad:	Teléfonos: -		
E-mail:			

# DECLARACIÓN DE SINIESTRO COBERTURA ONCOLÓGICA SEGURO SALUD PROTEGIDA



## 5.- Antecedentes para el pago:

Nombre del banco:

Número de cuenta:

Tipo de cuenta:

## Observaciones:

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)

