

DECLARACIÓN DE SINIESTRO COBERTURA DE ENFERMEDADES GRAVES



USO EXCLUSIVO MUTUAL

Fecha Recepción Mutual	
N° OT	

1.- Identificación del asegurado siniestrado:

Nombre Completo:

Rut:	Fecha de Nacimiento: / /
E-mail:	Teléfono:

2.- Identificación del médico tratante:

Nombre: _____ Rut: _____

Establecimiento Asistencial: _____ Especialidad: _____ ICM: _____

Fecha Primera Atención: dd/mm/aaa

Cont. Tratamiento-Fecha Primera Atención: dd/mm/aaa

Diagnóstico: _____

Firma y Timbre del Médico Tratante

3.- Documentación requerido 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.

Documentación requerida general:

- Cédula de Identidad del asegurado titular.
- Autorización y poder para solicitar ficha clínica y antecedentes médicos el cuál debe ser firmado ante notario o a través de firma electrónica.

4.- Documentación requerida según cobertura:

Accidente Vascular Cerebral; Infarto al Miocardio; Cirugía de Válvulas Cardíacas; Injerto Aórtico; Resvascularización Coronaria (by Pass):

Epicrisis de la hospitalización.

Parkinson; Alzheimer:

Certificado Médico con timbre y firma del medico especialista, que indique: a) nombre del paciente, b) diagnóstico, c) fecha de inicio de la enfermedad, d) tratamientos efectuados.

Informe de exámenes con los cuales fue realizado el diagnóstico.

Trasplante de órganos mayores:

Epicrisis de la hospitalización.

Informe de exámenes con los cuales fue realizado el diagnóstico.

5.- Identificación del asegurado titular (llenar si es distinto del asegurado afectado).

Nombre Completo:

Rut:	Teléfonos: -
E-mail:	



600 626 7311



+56 9 3783 0823



www.mutualdeseguros.cl



contacto@mutualdeseguros.cl



DECLARACIÓN DE SINIESTRO COBERTURA DE ENFERMEDADES GRAVES



6.- 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 Asegurado Titular y/o Denunciante

V°B° Funcionario