

DECLARACIÓN DE SINIESTRO COBERTURA:

Cláusula de Intervención Quirúrgica

USO EXCLUSIVO MUTUAL	
Fecha recepción Mutual	
N° OT	

1. Antecedentes contratante o del asegurado titular:	
Nombre:	Rut:
Domicilio:	
E-mail:	Teléfono:

2. Antecedentes del siniestrado (sólo si es distinto del contratante)			
Nombre:			
Rut:	Edad:	Fecha de Nacimiento:	/ /
Dirección:		Ciudad:	
Teléfono:	E-mail:		

3. Sistema de salud: Fonasa _____ Isapre _____ Otro: _____

4. 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. a. Antecedentes del asegurado y/o contratante: • Cédula de identidad del contratante o del asegurado titular. • Cédula de identidad del siniestrado (si es distinto al contratante). b. Respaldo de gastos: • Isapre: Programa médico, detalle de las prestaciones, bonos y/o comprobantes de reembolso. En caso de boletas o facturas no bonificadas resulta necesario el comprobante de "no bonificada" por parte de su Isapre. • Fonasa: Programa médico, detalle de las prestaciones, bonos y/o boletas, junto con el certificado de afiliación de Fonasa del siniestrado. • Otros sistemas de salud: Detalle de prestaciones médicas, junto con el certificado de copago que indique el valor que finalmente pagó el siniestrado. c. Información médica: • Informe médico completo o epicrisis (diagnóstico, motivo de la cirugía, procedimiento realizado, fecha de la intervención, evolución postoperatoria y datos del médico tratante (nombre, especialidad, registro). • Orden médica o indicación quirúrgica emitida por el especialista. • Historia clínica relacionada con la enfermedad o condición. • Resultados de exámenes previos que justifican la intervención (laboratorios, imágenes, etc.).

5. Antecedentes para el pago al contratante:	
Nombre del Banco:	
Tipo de Cuenta:	Número de Cuenta:

Tomo conocimiento que la liquidación de reembolso de gastos médicos 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 recepción por parte de Mutua de Seguros de Chile, de esta declaración.

FECHA DE DECLARACIÓN

FIRMA CONTRATANTE