

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:	
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 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.	
☐ Autorización y poder para solicitar ficha clínica y antecedentes médicos el cual debe ser completado y firmado ante notario o a través de firma electrónica.	

3.- Identificación denunciante (llenar sólo si es distinto del asegurado afectado)		
Nombre Completo:		
Rut:	Edad:	Parentesco:
Dirección:		
Ciudad:	Teléfono:	
E-mail:		

4.- Antecedentes para el envío de información:	
Dirección de Envío:	
Teléfono:	E-mail:

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

Observaciones:

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 Mutual 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 Mutual 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

VºBº Funcionario

