

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:			
Breve reseña de síntomas que originan visita al médico:			
¿Fue atendido anteriormente por la misma dolencia?			
	SI	NO	
En caso de responder SI, nombrar lugar de atención:			

2. Documentación Presentada:

<input type="checkbox"/>	1.- Cédula del Asegurado Titular.
<input type="checkbox"/>	2.- 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. (Documento Obligatorio).
<input type="checkbox"/>	3.- Biopsia. (Documento Obligatorio).
<input type="checkbox"/>	4.- Exámenes complementarios u otros antecedentes.

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:**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 correspondan 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.

Importante: Recuerde entregar datos de contacto actualizados.

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

VºBº Funcionario

Uso Exclusivo de Mutua de Seguros de Chile

Autorización de la Campaña	SI		NO		Hora	
Fecha 1er Control IRAM	/	/			Número de Atención	

