

FORMULARIO DE DENUNCIO DE SINIESTROS DE GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE-SEGURO COLECTIVO



I. IDENTIFICACIÓN DEL ALUMNO O ASEGURADO (PACIENTE)

Nombre: _____ Rut: _____

Establecimiento: _____

Género: H _____ M _____ Sistema de Salud: FF.AA. _____ Isapre _____ FONASA _____ Otro: _____

DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE:

1.- Favor consignar fecha, naturaleza y causa del accidente.

Fecha Ocurrencia: dd/mm/aaa

Total Gastos Reclamados: \$ _____.-

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

II. DATOS PERSONA A QUIEN LIQUIDAR EL SINIESTRO:

Nombre: _____ Rut: _____

Tel. Contacto: _____ E-mail: _____

N° de Cuenta: _____ Tipo de cuenta: _____ Banco: _____

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 ESTA FECHA.