

# 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.