

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



I. IDENTIFICACIÓN DEL ALUMNO O ASEGURADO (PACIENTE)

Nombre Completo: _____ Rut: _____

Género: H___ M___ Sistema Salud: Fonasa___ Isapre___ 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/aaaa

Cont. Tratamiento- Fecha Primera Atención: dd/mm/aaaa

Diagnóstico: _____

Firma y Timbre del Medico Tratante

II. DATOS PERSONA A QUIEN LIQUIDAR EL SINIESTRO:

Nombre: _____ Rut: _____

Tel. Contacto: _____ Email: _____

N° Cuenta Corriente: _____ 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.