

DECLARACION DE ACCIDENTES

NOMBRE Y APELLIDOS PACIENTE	
RUT DEL PACIENTE	
Fecha de ocurrencia del accidente	
Hora de ocurrencia del accidente	
Primera atención recibida en	

Declaro haber asistido con esta fecha al Servicio de Urgencias de Clínica _____ por haber sufrido un accidente, cuyas características se describen a continuación:

1) Lugar de ocurrencia del accidente (Marcar con una X)

Domicilio particular	<input type="checkbox"/>	Lugar de Trabajo	<input type="checkbox"/>
Colegio	<input type="checkbox"/>	En el Trayecto al trabajo	<input type="checkbox"/>
Accidente de tránsito	<input type="checkbox"/>	Otro	<input type="checkbox"/>

2) Descripción del accidente e identificación de terceros involucrados (Si es una caída, golpe, un choque, atropello, quemadura (no solar), herida cortante, amputación, mordedura, picadura, intoxicación (no alimentaria) u otros. Si se trata de accidente de tránsito, indicar las características, lugar y patente de los vehículos involucrados si las conoce)

--

3) Indicar si existen seguros involucrados en relación con este accidente.

Item	Marcar con X	Compañía o institución que otorga el beneficio o en que está contratado el seguro
Seguro Escolar	<input type="checkbox"/>	
Seguro de Accidentes del Trabajo (ACHS, IST)	<input type="checkbox"/>	
Bienestar de Empresa	<input type="checkbox"/>	
Seguro Obligatorio de Accidentes Tránsito SOAP	<input type="checkbox"/>	
Seguros Catastróficos u otros en	<input type="checkbox"/>	
Seguros Catastróficos o Complementarios en Otras Aseg.	<input type="checkbox"/>	
Seguros de Asistencia en Viaje o similares	<input type="checkbox"/>	
Otro (especifique)	<input type="checkbox"/>	

Nombre Paciente o representante que firma por él _____

RUT del firmante _____

Teléfono Móvil y/o Fijo _____

Correo e-mail _____

Fecha de esta declaración _____

Firma _____

MANDATO ESPECIAL

IRREVOCABLE

Yo, _____

de nacionalidad _____, cédula de identidad RUT _____ vengo por el presente instrumento en otorgar mandato irrevocable a la sociedad Clínica

S.A., representada para estos efectos por

, para que en mi representación pueda denunciar, cobrar y percibir directamente de _____ los pagos de prestaciones de salud, de las cuales dicha compañía de seguros se haga o se deba hacer cargo, en virtud de la contratación del Seguro

_____ u otra póliza de seguros emitida por _____, Póliza N° _____, que tienen su origen en los gastos médicos incurridos en dependencias de la _____ o fuera de ella.

La mandataria estará facultada desde ya para firmar todo tipo de recibos y finiquitos que _____, exija, por todas y cada una de las prestaciones de salud de que se haga cargo y para tramitar y suscribir todos los documentos necesarios para llevar a buen término su mandato.

De la misma manera, autorizo expresamente a Clínica _____ a entregar copia de todos los antecedentes necesarios para sustentar las solicitudes de pago de los seguros respectivos, incluyendo dentro de tales antecedentes sin que la lista sea taxativa, los siguientes: Todos los antecedentes médicos, copia de las fichas clínicas, historial médico, exámenes de laboratorio, comunicaciones y demás antecedentes del caso, todo ello conforme lo establecen la ley de datos personales nº 19.628 y ley 20.584 de derechos y deberes de los pacientes. Autorizo asimismo a _____ conforme lo establece el art 524 y demás pertinentes del Código de comercio y también al DS 1055 sobre Reglamento de Auxiliares del comercio de Seguros, para requerir de parte de Isapres, Fonasa y también de hospitales, clínicas, instituciones o centros de salud, todos los antecedentes médicos, ficha clínica y demás del caso para analizar el mérito de los siniestros denunciados conforme a las pólizas.

El mandante, exime desde ya a la mandataria, de la obligación de rendir cuenta de su mandato.

Conforme a lo dispuesto en el Art. 30, del Reglamento de los Auxiliares del Comercio de Seguros y Procedimiento de Liquidación de Siniestros, D.S. 1055, autorizo a que todas las comunicaciones que _____ me remita, con ocasión de la denuncia de siniestro, cobro y pago de prestaciones sean enviadas directamente a mi correo electrónico.

Para tal efecto indico mi correo electrónico en mis datos personales indicados en este formulario. Del mismo modo me obligo a que en caso de modificación o eliminación o

pérdida de vigencia de dichas direcciones, procederé a informar oportunamente a de las nuevas coordenadas de contacto.

Nombre _____

RUT _____

Teléfono Móvil _____

Teléfono Fijo _____

Correo e-mail _____

Firma _____

Favor hacer llegar este mandato a las oficinas de Seguros