

DECLARACION DE ACCIDENTES

NOMBRE Y APELLIDOS PACIENTE	NOMBRE PACIENTE APELL 1 APELL 2
RUT DEL PACIENTE	22.345.678-9
Fecha de ocurrencia del accidente	08/11/2021
Hora de ocurrencia del accidente	01:46
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		Lugar de Trabajo	
Colegio		En el Trayecto al trabajo	
Accidente de tránsito		Otro	

- 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)

ACA SE COLOCA LA DESCRIPCION DEL ACCIDENTE, PUEDE SER ESCRITA ACA MISMO, O DEJAR AL PACIENTE QUE LO RELLENE DE PUÑO Y LETRA, LAS 3 LINEAS SON OPTATIVAS.

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		
Seguro de Accidentes del Trabajo (ACHS, IST)		
Bienestar de Empresa		
Seguro Obligatorio de Accidentes Tránsito SOAP		
Seguros Catastróficos u otros en		
Seguros Catastróficos o Complementarios en Otras Aseg.		
Seguros de Asistencia en Viaje o similares		
Otro (especifique)		

Nombre Paciente o representante que firma por él

REPRESENTANTE APELL1 APELL 2

RUT del firmante

12.345.678-9

Teléfono Móvil y/o Fijo

987654321

Correo e-mail

correo@dominio.cl

Fecha de esta declaración

08/11/2021

Firma

MANDATO ESPECIAL

IRREVOCABLE

Yo, REPRESENTANTE APELL1 APELL 2

de nacionalidad CHILENA, cédula de identidad RUT 12.345.678-9 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 REPRESENTANTE APELL1 APELL 2

RUT 12.345.678-9

Teléfono Móvil 987654321

Teléfono Fijo _____

Correo e-mail correo@dominio.cl

Firma _____

Favor hacer llegar este mandato a las oficinas de Seguros