

DECLARACIÓN MÉDICA OBLIGATORIA (sólo en el caso de 1° presentación de solicitud de reembolso por este evento)

Nombre del médico tratante														
Nombre del paciente														
Diagnóstico														
¿Cuándo se manifestaron los 1° síntomas?					¿Cuándo consulto el paciente por 1° vez esta condición?									
¿El paciente ha presentado alguna vez condición igual o similar a ésta?	<input type="checkbox"/> No			<input type="checkbox"/> Si (indique fecha)										
Tratamientos efectuados														
							Rut médico				-			
Firma y timbre del medico tratante							RCM				Fono			

Por este medio certifico que las respuestas anteriores son correctas y verdaderas a mi mejor conocimiento y por este medio autorizo a todos los médicos o cualesquiera otras personas que me examinaron y a todos los hospitales o cualesquiera otras instituciones, para que suministren información completa (adjuntando copias completas de sus archivos) en relación con este reclamo a MOK.

	Indicar centros de asistencia de las prestaciones												
Firma del Reclamante													
Fecha de Declaración					Timbre y Fecha de recepción MOK								
	Día	Mes	Año		Día	Mes	Año						

Declaro bajo juramento que la información, documentos y antecedentes proporcionados corresponden a la realidad y son auténticos.

Autorización: Por medio del presente, autorizo a cualquier hospital, clínica, médico o empleador a que suministre a MOK parte o toda la información relacionada con alguna enfermedad o accidente, historia médica, consultas, exámen o tratamiento y/o copias de todos los registros hospitalarios médicos del asegurado.

- El presente siniestro será liquidado directamente por la Compañía Aseguradora. El asegurado o beneficiario podrá solicitar liquidación externa en conformidad a lo dispuesto en el Decreto Ley N° 863.
- Los antecedentes solicitados en este formulario son los mínimos necesarios para proceder a la liquidación, sin perjuicios de las gestiones y antecedentes que las circunstancias posteriormente exijan. En el caso de designación de un Liquidador externo, le será comunicado por carta.
- El presente formulario deberá ser impreso, llenado, firmado ambas hojas y entregado físicamente, junto a todos los documentos y antecedentes requeridos en original, en el Departamento de Siniestros de MOK ubicado en Av. El Bosque 90, Piso 1, Las Condes - Santiago. Su horario de atención es de lunes a viernes de 09:00 a 13:00hrs y de 14:00 a 17:30hrs. En el caso de regiones, el alumno deberá enviar estos documentos, mediante correo certificado.

Cabe señalar que esta comunicación no libera de la obligación de presentar el formulario firmado en original con los documentos y antecedentes solicitados abajo para dar curso al proceso de la liquidación. MOK se guarda el derecho a no procesar la liquidación si no ha recibido toda la documentación que necesite para llevarlo a cabo.

Rut del Asegurado							Fecha de Declaración					Timbre y Fecha recepción MOK				
	-															
Firma del Reclamante							Día	Mes	Año	Día	Mes	Año				

ANTECEDENTES BÁSICOS QUE DEBE ADJUNTAR CON LA PRESENTACIÓN DE ESTA DECLARACIÓN EN LA COMPAÑÍA

- 1- Esta declaración de siniestro (hojas 1 y 2 debidamente firmadas y fechadas).
- 2- Fotocopia por ambos lados del carnet de identidad del asegurado.
- 3- Comprobantes de gastos originales, ya sean reembolsos, bonos, boletas o facturas.
- 4- En caso de compra de medicamentos, debe adjuntar boleta original con su detalle y receta médica.

En Caso de Accidente

- 1- Parte Policial (certificado policial no es válido) y resultado de la alcoholemia en caso de ser un accidente del tránsito e ir conduciendo un vehículo motorizado. En su defecto informe emitido por Fiscalía Regional del Ministerio Público correspondiente (reforma judicial penal).
- 2- Si es accidente del trabajo, adjuntar informe de la Mutual de Seguridad de Accidentes del Trabajo correspondiente.
- 3- Informe radiológico si corresponde.

En Caso de Enfermedad

- 1- Ficha Clínica del asegurado.
- 2- Informe del Médico Tratante que certifique el estado actual del asegurado.
- 3- Radiografías y exámenes practicados al asegurado, conjuntamente con su resultado.

Notas: El plazo de notificación es de 30 días, según lo señalado en el condicionado general POL 1 92 026. Salvo si las condiciones particulares de su póliza indiquen otro plazo. Verifique que los documentos solicitados se adjuntan a la presente declaración.