

USO EXCLUSIVO MUTUAL	
Fecha Recepción Mutual	
N° OT	
ROL	

1. Identificación del Siniestro

Tipo de Siniestro: <input type="checkbox"/> Fallecimiento <input type="checkbox"/> Incapacidad Permanente Total <input type="checkbox"/> Incapacidad Permanente Parcial <input type="checkbox"/> Gastos Médicos			
N° Patente Vehículo Siniestrado (Ej. BB1010-8, BBBB10-B):			
N° Póliza:	Fecha del Accidente: / /	Fecha del Parte: / /	
N° Parte Policial:	Comisaria:	Fiscalía:	

Identificación del Vehículo

Tipo Vehículo:	Marca:
Modelo:	Año:
N° de Motor:	Monto Prima (\$):
Propietario:	Tipo de Persona:
Patente Otros Vehículos Involucrados:	

Identificación del Reclamante

Nombres, Apellido Paterno, Apellido Materno:			
Rut:	Relación con el Siniestrado:		
E-mail:	Teléfono:		
Dirección del Reclamante:			
Calle:	Número:	Block:	Depto:
Sector:	Región:	Ciudad:	

Identificación del Beneficiario

Nombres, Apellido Paterno, Apellido Materno:	
E-mail:	Teléfono:

Identificación del Siniestrado

Nombres, Apellido Paterno, Apellido Materno:	
Rut:	Teléfono:
E-mail:	

2. Identificación de Cada Persona LESIONADA

Conductor V.A.	Rut	Nombre	Apellido Pater.	Apellido Mater.	Tipo Lesión	Patente*

(*) Si el lesionado es peatón, favor llenar con "peatón".

(Continúa al dorso) ↘

3. Individualización del Resto de las Personas Involucradas NO LESIONADAS

Conductor V.A.	Rut	Nombre	Apellido Pater.	Apellido Mater.	Patente*

(*) Si el lesionado es peatón, favor llenar con "peatón".

4. Antecedentes para Pago

Nombre del banco:

Número de cuenta:

Tipo de cuenta:

Observaciones : _____

Tomo conocimiento que la liquidación de siniestro será practicada directamente por Mutua 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 la fecha de recepción por parte de Mutua de Seguros de Chile, de esta declaración.

FIRMA RECLAMANTE O BENEFICIARIO

V°B° JEFE AGENCIA

