

DECLARACIÓN DE ACCIDENTE**Nombre:** _____**Rut:** _____ **Edad:** _____**Fecha del accidente:** _____ **Hora:** _____**Su dolencia se produjo:**

Por un accidente ocurrido en el trayecto desde su domicilio al trabajo o del trabajo al domicilio. Si ____ No ____

Por el tipo de trabajo de que usted realiza. Si ____ No ____

Por un accidente ocurrido en el lugar de trabajo. Si ____ No ____

Por un accidente ocurrido en su domicilio. Si ____ No ____

Por un accidente de tránsito. Si ____ No ____

Marque con una X lo que corresponda**Tipo de Accidente**☐

Deportivo

☐

Domicilio

☐

En la vía pública

☐

Automovilístico

☐

Laboral

☐

Otro

Relate circunstancias en que ocurre el accidente

Firma Beneficiario