

DECLARACION DE ACCIDENTE DEL ASEGURADO

(Ingresar el presente documento adjuntando la Liquidación Original o Devolución de Antecedente de Gastos Médicos)

Certifico que las lesiones establecidas fueron a consecuencia de un accidente ocurrido en las siguientes circunstancias:

Tipo de Accidente: (Laboral, Deportivo, de Tránsito, Doméstico, etc.)
Causa:
Ocurrió en (especificar lugar):
y me dirigía a:
El día...../...../..... a lasHrs.
Horario de trabajo del paciente, de: hrs. hasta las hrs.

De corresponder a un accidente de tránsito, adjuntar Parte Policial, Resultado de Alcoholemia (en caso de corresponder a conductor) y Liquidación del Seguro Obligatorio de Accidentes Personales (S.O.A.P.) en original más fotocopia de todos los documentos presentados en ese seguro.

Empleador:
Nombre del asegurado:
Rut del asegurado titular:
Nombre Paciente:
Actividad del paciente:

FIRMA DEL ASEGURADO

FECHA