

NOTIFICACION DE ACCIDENTE

IDENTIFICACION DEL AFILIADO

Nombre : _____

RUT : _____

Profesión u Oficio : _____

Labor específica que realiza el trabajador : _____

Fecha del Accidente : _____ Hora : _____

Lugar (dirección) : _____

Marque con una X lo que corresponda

Domicilio Particular Trabajo Otro

TRAYECTO DIRECTO

Marque con una X lo que corresponda:

Casa a trabajo Trabajo a casa

Casa a otro (especificar) _____

Trabajo a otro (especificar) _____

Testigos SI NO

Nombres de testigos : _____

Parte policial SI NO Comprobante de atención de urgencia SI NO

JORNADA LABORAL

Días de _____ a _____

Horario desde _____ hasta _____

Jornada laboral con turnos NO SI (especificar) _____

Accidente escolar NO SI (especificar) _____

DESCRIPCION DEL ACCIDENTE

TIMBRE AGENCIA

FIRMA AFILIADO

SANTIAGO, ____ de _____ de 20____

NOTA: ESTE FORMULARIO DEBE SER LLENADO CON LETRA IMPRENTA, POR EL AFILIADO