

**NOTIFICACIÓN DE ACCIDENTE SUFRIDO POR UNA CARGA DEL CONTRATO  
(NO AFILIADO)**

**IDENTIFICACIÓN DEL AFILIADO**

Nombre :.....  
R.U.T. :.....

**IDENTIFICACION DE LA CARGA ACCIDENTADA**

Nombre :.....  
R.U.T :.....

**DATOS DEL ACCIDENTE**

Fecha del accidente:..... Hora:.....  
Lugar (dirección) :.....

Marque con una X lo que corresponda:

Domicilio Particular:..... Otro:.....  
Testigos: SI:..... NO:.....  
Nombre de Testigos:.....

Parte Policial: SI:..... NO:..... Comprobante de  
Atención de Urgencia: SI:..... NO:.....

**DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

NOMBRE Y RUT AFILIADO O CARGA O FAMILIAR RESPONSABLE

.....  
FIRMA DE AFILIADO O CARGA O FAMILIAR RESPONSABLE

TIMBRE AGENCIA:.....

SANTIAGO, .....DE .....DE 20.....

NOTA: ESTE FORMULARIO DEBE SER LLENADO CON LETRA IMPRENTA, POR AFILIADO O CARGA MAYOR DE DE 18 AÑOS O POR FAMILIAR RESPONSABLE.