

**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