

 **Bci** SEGUROS  
DECLARACIÓN SIMPLE DE ACCIDENTE

Nombre del Paciente

RUT:

Descripción del Accidente o Traumatismo \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Fecha de Accidente o Traumatismo: \_\_\_\_\_

Hora de accidente o traumatismo: \_\_\_\_\_

Tipo de accidente:

\_\_\_\_\_ Deportivo, especifique \_\_\_\_\_ De práctica habitual: Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Laboral  
\_\_\_\_\_ Otro Especifique \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ De transito (De ser afirmativo debe adjuntar Parte Policial y Alcholemla)

Lugar del accidente:

\_\_\_\_\_ Domicilio  
\_\_\_\_\_ Lugar de trabajo  
\_\_\_\_\_ Trayecto de trabajo  
\_\_\_\_\_ Otro Especifique

Lugar donde recibió la primera atención: \_\_\_\_\_

Fecha y Hora de la primera atención: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Asegurado