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 Alcoholemia)**

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