



Notificación de Accidentes

FOLIO N°:

Nombre Afiliado

Nombre Beneficiario

RUT Afiliado

RUT Beneficiario

Datos Laborales

Nombre Empresa

Jornada Laboral

Horario de trabajo

Información sobre el Accidente

Dirección donde ocurrió el accidente

Lugar de Ocurrencia

- Lugar de Trabajo
 Vía Pública
 Casa
 Otros (Especificar)

Documentos que Adjunta

- Parte Carabineros
 Seguro Automotriz
 Otro (Especificar)

Fecha Accidente

Hora Accidente

Descripción del Accidente (Describir cómo ocurrió y qué actividad desarrollaba)

Fecha

Firma paciente

Uso exclusivo Isapre

Tipo Accidente

- Común Tránsito
 Deportivo Laboral o de Trayecto

Vigencia Paciente

Observaciones

Fecha Resolución