

DECLARACIÓN DEL BENEFICIARIO

Fecha :

*** FAVOR COMPLETAR TODOS LOS DATOS SOLICITADOS CON LETRA CLARA Y LEGIBLE***

Nombre: _____ RUT _____ Edad _____

Teléfono de Contacto: _____ E-mail: _____

Domicilio particular: _____

Ocupación o Cargo: _____

1.- 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 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 |

*Relate brevemente lo sucedido _____

*Fecha: ___/___/___ Hora: ___:___

*Lugar: _____

*De que lugar venía? _____

*Hacia que lugar se dirigía? _____

2.- Fue un accidente de tránsito? SI ___ NO ___ (Si hubo parte policial favor adjuntar copia)

3.- Nombre del lugar de la primera atención médica: _____

4.- Si le otorgaron Licencia Médica, indicar período de reposo, desde: ___/___/___ hasta: ___/___/___

***IMPORTANTE: Si la atención médica fue realizada en alguna Mutualidad y le otorgaron reposo, favor presentar copia del certificado de atención**

***Por favor indique a qué Mutua se encuentra acogido su empleador o empleadores, si tiene más de uno:**

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Asociación Chilena de Seguridad (ACHS) | <input type="checkbox"/> Instituto de Seguridad del Trabajador (IST) |
| <input type="checkbox"/> Mutua de Seguridad (C.CH.C) | <input type="checkbox"/> Instituto de Seguridad Laboral (ISL). |
| <input type="checkbox"/> Organismo con Administración Delegada | |

Firma Beneficiario