

NOTIFICACIÓN DE ACCIDENTE SUFRIDO POR UNA CARGA DEL CONTRATO (NO AFILIADO)

IDENTIFICACIÓN DEL AFILIADO

Nombre :.....
R.U.T. :.....

IDENTIFICACION DE LA CARGA ACCIDENTADA

Nombre :.....
R.U.T :.....

DATOS DEL ACCIDENTE

Fecha del accidente:..... Hora:.....
Lugar (dirección) :.....

Marque con una X lo que corresponda:

Domicilio Particular:..... Otro:.....
Testigos: SI:..... NO:.....
Nombre de Testigos:.....

Parte Policial: SI:..... NO:..... Comprobante de
Atención de Urgencia: SI:..... NO:.....

DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE

.....
.....
.....
.....
.....

.....
NOMBRE Y RUT AFILIADO O CARGA O FAMILIAR RESPONSABLE

.....
FIRMA DE AFILIADO O CARGA O FAMILIAR RESPONSABLE

TIMBRE AGENCIA:.....

SANTIAGO,DEDE 20.....

NOTA: ESTE FORMULARIO DEBE SER LLENADO CON LETRA IMPRENTA, POR AFILIADO O CARGA MAYOR DE DE 18 AÑOS O POR FAMILIAR RESPONSABLE.