ISALUD
ISAPRE DE CODELCO

DECLARACION DE ACCIDENTE

Fecha Recepción...../..../.....

NOMBRE_____ RUT_____

TELEFONO_____ MAIL_____

DIAGNOSTICO_____

FECHA DE ACCIDENTE_____ LUGAR DEL ACCIDENTE_____ HORA_____

LABOR QUE CUMPLIA AL ACCIDENTARSE_____

CARGO QUE OCUPA EN LA EMPRESA_____

NOMBRE JEFE DIRECTO_____

TESTIGO 1 NOMBRE_____ FONO_____

TESTIGO 2 NOMBRE_____ FONO_____

RELATO

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

ACCIDENTE COMUN ☐
ACCIDENTE TRANSITO ☐
LESION AUTOINFERIDA ☐

ACCIDENTE TRAYECTO ☐
ACCIDENTE TRABAJO ☐
ENFERMEDAD PROFESIONAL ☐

_____
FIRMA BENEFICIARIO