

## ANEXO N°4

### ACCIDENTE DE TRAYECTO DECLARACIÓN DEL TRABAJADOR

FECHA DE LA DECLARACIÓN: \_\_\_\_\_

LUGAR EN QUE SE TOMA ESTA DECLARACIÓN: \_\_\_\_\_

FUNCIONARIO QUE TOMA LA DECLARACIÓN: \_\_\_\_\_

#### I. INFORMACIÓN DE LA EMPRESA

Nombre de la Empresa: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

#### II. INFORMACIÓN DEL TRABAJADOR

Nombre completo: \_\_\_\_\_

Cédula de identidad: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Dirección Particular: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección del lugar donde trabaja: \_\_\_\_\_

Horario de trabajo del día del accidente: Hora de entrada \_\_\_\_\_

Hora de salida \_\_\_\_\_

Régimen de salud común (marque con una X): \_\_\_ FONASA \_\_\_ ISAPRE

#### III. ANTECEDENTES DEL ACCIDENTE

a) Fecha y hora en que ocurrió el accidente: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

b) Desde dónde y hacia dónde se dirigía cuando ocurrió el accidente: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

c) Describa detalladamente cómo ocurrió el accidente: lugar (calles, estación de metro, etc.), medio de transporte que utilizaba (transporte público, bicicleta, caminando), mecanismo causal (caída, golpe, choque, atropello, etc.) posible causa (desnivel en el piso, poca visibilidad, etc.), parte del cuerpo lesionada, y demás circunstancias que recuerde:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

d) Si recibió su primera atención médica en otro centro médico (público o privado) o en una consulta privada, indique el nombre del recinto o profesional, la fecha y hora de su atención y si cuenta con algún documento que la acredite (ficha de ingreso, boleta de honorarios, receta médica, etc.): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

e) Si existen testigos de su accidente, señale sus nombres y datos de contacto, si los conoce: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

f) Indique si posee un parte policial, una constancia ante carabineros, denuncia ante una compañía de seguros u otro tipo de pruebas (fotografías del lugar del accidente, boletos del medio transporte utilizado, etc.): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

g) Indique cuándo y cómo dio aviso a su empleador o a través de quién le informó de su accidente e identifique a la persona a quien se lo comunicó: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

He sido informado que todos los antecedentes, documentos o declaraciones de testigos que posea y que acrediten mi accidente, deben ser entregados a [nombre del Organismo Administrador que corresponda], dentro del plazo de **5 días hábiles**.

Declaro que los hechos e información que forman parte de este documento son fidedignos

<b>Firma trabajador</b>

La simulación de un accidente del trabajo puede ser sancionada y da lugar al cobro de las prestaciones indebidamente obtenidas. Ello conforme a lo establecido al efecto por el artículo 43 de la Ley N° 12.084, el que dispone que “Incurrirán en las penas establecidas en el artículo 210 del Código Penal, los que hicieron declaraciones falsas en certificados de supervivencia, de estado civil y demás que se exigen para el otorgamiento de beneficios de previsión.”

\* Los Organismos Administradores podrán incluir su logo institucional en este formulario.