**Anexo 1.a. –**

**Declaración de la victima de accidente de trayecto**

|  |  |
| --- | --- |
| Fecha de la declaración |  |
| Lugar en que se toma esta declaración |  |
| Funcionario que toma la declaración |  |

**I. INFORMACIÓN DE LA EMPRESA**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre 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 entrada: Hora salida: |
| Régimen Salud (marque con una X) | FONASA: ISAPRE: |

**III. ANTECEDENTES DEL ACCIDENTE**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Fecha y hora en que ocurrió el accidente: | Fecha: Hora: |
| 1. Desde dónde y hacia donde se dirigía cuando ocurrió el accidente: |  |
| 1. 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: |  |
| 1. Si recibió atención de urgencia 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.): |  |
| 1. Si existen testigos de su accidente, señale sus nombres y datos de contacto, si los conoce: |  |
| 1. 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.): |  |
| 1. 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 al Instituto de Seguridad Laboral, dentro del plazo de 5 días (excluyendo sábados, domingos y festivos).

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

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

**Firma del Trabajador(a)**

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 hicieren declaraciones falsas en certificados de supervivencia, de estado civil y demás que se exigen para el otorgamiento de beneficios de previsión.”

**\*Formulario de acuerdo a Circular N°3221 del 7 de abril de 2016 emitida por SUSESO, que reemplaza a la Nº3154, de 30 de septiembre 2015.**