

**Anexo 1.a. –
Declaración de la víctima 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

a) Fecha y hora en que ocurrió el accidente:	Fecha: _____ Hora: _____
b) Desde dónde y hacia donde 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 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.):	
e) Si existen testigos de su accidente, señale sus nombres y datos de contacto, si los conoce:	

<p>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.):</p>	
<p>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.</p>	

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 N°3154, de 30 de septiembre 2015.**