

**Declaración Firmada por el médico tratante  
Seguro Accidente Personal**

**Descripción del Accidente**

Fecha del accidente: / / Naturaleza y causa del accidente:
---

**Identificación del médico tratante**

Nombre:
Rut:
Establecimiento Asistencial:
Especialidad:
ICM:
Fecha Primera Atención:
Fecha de continuidad tratamiento – Fecha Primera Atención:
Diagnóstico:

**Firma y Timbre del Médico Tratante**