



HOSPITAL  
**BSE**

# ACCIDENTES DEL TRABAJO

**REAPERTURA DE SINIESTRO  
LEVANTAMIENTO DE ALTA FRANQUICIA  
LEVANTAMIENTO DE ABANDONO  
DE ASISTENCIA**

Complete este formulario marcando lo que corresponda

## NOTA IMPORTANTE

**1 - Sin esta información, el obrero no podrá ser indemnizado.**

**2 - No se aceptará este formulario con tachaduras o enmiendas.**

**Empresa** \_\_\_\_\_ **RUT** \_\_\_\_\_  
**Póliza N°** \_\_\_\_\_  
**Empleado** Apellidos \_\_\_\_\_ Nombres \_\_\_\_\_  
**Documento** Tipo \_\_\_\_\_ Número \_\_\_\_\_  
**Celular Empleado** \_\_\_\_\_  
**Siniestro N°** \_\_\_\_\_

Ponemos en su conocimiento que el obrero accidentado arriba mencionado ha solicitado reintegro a la asistencia el día

Para la liquidación de la nueva temporaria, solicitamos completar los datos abajo mencionados.

## DATOS A PROPORCIONAR POR LA EMPRESA

**Fecha del último día trabajado** \_\_\_\_\_ **Hora del último día trabajado** \_\_\_\_\_

**Horario de trabajo** de \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ hs.

**Especificar si el nuevo abandono es exclusivo para asistirse en nuestra central de Servicios Médicos** Sí  No

**Observaciones a juicio de la empresa** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Fecha    Firma por el Banco de Seguros del Estado \_\_\_\_\_

Padrón \_\_\_\_\_ Aclaración de firma \_\_\_\_\_

Fecha    Firma y sello por la Empresa \_\_\_\_\_

En caso de no contar con sello de la empresa se deberá entregar fotocopia de C.I. de la persona que firma \_\_\_\_\_

C.I. \_\_\_\_\_ Aclaración de firma \_\_\_\_\_

Relación laboral del firmante con la Empresa \_\_\_\_\_