

## DECLARACION DE CAUSA Y CIRCUNSTANCIA DEL FALLECIMIENTO

### I.- IDENTIFICACION DEL AFILIADO

APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRES		CEDULA NACIONAL DE IDENTIDAD	
DOMICILIO O LUGAR DE HABITACION-CALLE	N°	DEPTO	POBLACION	COMUNA	CIUDAD	REGION	

### II.- ANTECEDENTES DE LA DECLARACION

NOMBRE DEL DECLARANTE - APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO Y NOMBRES				CED. NAC. DE IDENTIDAD DECLARANTE											
<b>1 INDIQUE LA CAUSA DEL FALLECIMIENTO:</b> CAUSA INMEDIATA _____ CAUSA ORIGINARIA _____															
<b>2 EL DECESO FUE:</b> <input type="checkbox"/> 1 CONSECUENCIA DIRECTA DE UN ACCIDENTE <input type="checkbox"/> 2 CONSECUENCIA INDIRECTA DE UN ACCIDENTE		<b>3 EL LUGAR DEL ACCIDENTE FUE:</b> <input type="checkbox"/> 1 CASA HABITACION <input type="checkbox"/> 3 LUGAR DE TRABAJO <input type="checkbox"/> 2 VÍA PÚBLICA <input type="checkbox"/> 4 OTRO _____													
<b>4 DIRECCION DONDE OCURRIO EL ACCIDENTE:</b> _____ _____				<b>5 FECHA DEL ACCIDENTE</b> <b>HORA DEL ACCIDENTE</b> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">DIA</td> <td style="text-align: center;">MES</td> <td style="text-align: center;">AÑO</td> <td style="text-align: center;">HRS</td> <td style="text-align: center;">MIN</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> </tr> </table>		DIA	MES	AÑO	HRS	MIN					
DIA	MES	AÑO	HRS	MIN											
<b>6 INDIQUE EN QUE COMISARIA DE CARABINEROS ESTA HECHO EL PROCEDIMIENTO (PARTE POLICIAL):</b> _____				<b>7 DIRECCION DEL LUGAR DE TRABAJO:</b> _____											
<b>8 NARRE LAS CIRCUNSTANCIAS RELATIVAS AL FALLECIMIENTO: CAUSA, LUGAR, FECHA, HORA, ACTIVIDAD QUE ESTABA DESARROLLANDO EL AFILIADO: SI EL ACCIDENTE FUE EN VIA PUBLICA, SEÑALE ADEMAS, ORIGEN, DESTINO Y MOTIVO DEL VIAJE O TRASLADO</b> _____ _____ _____ _____ _____															
<b>9 EL FALLECIMIENTO FUE CERTIFICADO POR:</b> <input type="checkbox"/> 1 MEDICO TRATANTE <input type="checkbox"/> 2 MEDICO SERVICIO DE URGENCIA <input type="checkbox"/> 3 MEDICO INSTITUTO MEDICO LEGAL <input type="checkbox"/> 4 MEDICO CLINICA/HOSPITAL <input type="checkbox"/> 5 OTRO _____															

ORIGINAL: DEPTO. ANALISIS DE BENEFICIOS

### III.- FIRMA DEL DECLARANTE

_____ FIRMA DEL DECLARANTE
-------------------------------

### IV.- USO ADMINISTRADORA

FECHA DE RECEPCION							
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">DIA</td> <td style="text-align: center;">MES</td> <td style="text-align: center;">AÑO</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> </tr> </table>		DIA	MES	AÑO			
DIA	MES	AÑO					
_____ FIRMA Y TIMBRE A.F.P CAPITAL							
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">NOMBRE REPRESENTANTE A.F.P CAPITAL</td> <td style="text-align: center;">CODIGO S.A.F.P.</td> </tr> </table>		NOMBRE REPRESENTANTE A.F.P CAPITAL	CODIGO S.A.F.P.				
NOMBRE REPRESENTANTE A.F.P CAPITAL	CODIGO S.A.F.P.						
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">AGENCIA</td> <td style="width: 50px;"></td> <td style="width: 50px;"></td> </tr> </table>		AGENCIA					
AGENCIA							

## DECLARACION DE CAUSA Y CIRCUNSTANCIA DEL FALLECIMIENTO

### I.- IDENTIFICACION DEL AFILIADO

APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRES		CEDULA NACIONAL DE IDENTIDAD	
DOMICILIO O LUGAR DE HABITACION-CALLE		N°	DEPTO	POBLACION	COMUNA	CIUDAD	REGION

### II.- ANTECEDENTES DE LA DECLARACION

NOMBRE DEL DECLARANTE - APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO Y NOMBRES				CED. NAC. DE IDENTIDAD DECLARANTE			
<b>1 INDIQUE LA CAUSA DEL FALLECIMIENTO:</b> CAUSA INMEDIATA _____ CAUSA ORIGINARIA _____							
<b>2 EL DECESO FUE:</b> <input type="checkbox"/> 1 CONSECUENCIA DIRECTA DE UN ACCIDENTE <input type="checkbox"/> 2 CONSECUENCIA INDIRECTA DE UN ACCIDENTE			<b>3 EL LUGAR DEL ACCIDENTE FUE:</b> <input type="checkbox"/> 1 CASA HABITACION <input type="checkbox"/> 3 LUGAR DE TRABAJO <input type="checkbox"/> 2 VIA PÚBLICA <input type="checkbox"/> 4 OTRO _____				
<b>4 DIRECCION DONDE OCURRIO EL ACCIDENTE:</b> _____ _____				<b>5 FECHA DEL ACCIDENTE</b> DIA    MES    AÑO 		<b>HORA DEL ACCIDENTE</b> HRS    MIN 	
<b>6 INDIQUE EN QUE COMISARIA DE CARABINEROS ESTA HECHO EL PROCEDIMIENTO (PARTE POLICIAL):</b> _____ _____					<b>7 DIRECCION DEL LUGAR DE TRABAJO:</b> _____		

**8 NARRE LAS CIRCUNSTANCIAS RELATIVAS AL FALLECIMIENTO: CAUSA, LUGAR, FECHA, HORA, ACTIVIDAD QUE ESTABA DESARROLLANDO EL AFILIADO: SI EL ACCIDENTE FUE EN VIA PUBLICA, SEÑALE ADEMAS, ORIGEN, DESTINO Y MOTIVO DEL VIAJE O TRASLADO**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**9 EL FALLECIMIENTO FUE CERTIFICADO POR:**

<input type="checkbox"/> 1 MEDICO TRATANTE	<input type="checkbox"/> 2 MEDICO SERVICIO DE URGENCIA	<input type="checkbox"/> 3 MEDICO INSTITUTO MEDICO LEGAL
<input type="checkbox"/> 4 MEDICO CLINICA/HOSPITAL	<input type="checkbox"/> 5 OTRO	_____

### III.- FIRMA DEL DECLARANTE

### IV.- USO ADMINISTRADORA

FECHA DE RECEPCION		
DIA	MES	AÑO
_____		
FIRMA Y TIMBRE A.F.P CAPITAL		
NOMBRE REPRESENTANTE A.F.P CAPITAL		CODIGO S.A.F.P.
_____		_____
AGENCIA		

1° COPIA: DECLARANTE

**DECLARACION DE CAUSA Y CIRCUNSTANCIA DEL FALLECIMIENTO**

**I.- IDENTIFICACION DEL AFILIADO**

APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRES		CEDULA NACIONAL DE IDENTIDAD	
DOMICILIO O LUGAR DE HABITACION-CALLE		Nº	DEPTO	POBLACION	COMUNA	CIUDAD	REGION

**II.- ANTECEDENTES DE LA DECLARACION**

NOMBRE DEL DECLARANTE - APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO Y NOMBRES				CED.NAC. DE IDENTIDAD DECLARANTE			
1 INDIQUE LA CAUSA DEL FALLECIMIENTO:							
CAUSA INMEDIATA				_____			
CAUSA ORIGINARIA				_____			
2 EL DECESO FUE:		3 EL LUGAR DEL ACCIDENTE FUE:		5 FECHA DEL ACCIDENTE		HORA DEL ACCIDENTE	
<input type="checkbox"/>	1	CONSECUENCIA DIRECTA DE UN ACCIDENTE	<input type="checkbox"/>	1	CASA HABITACION	<input type="checkbox"/>	3
<input type="checkbox"/>	2	CONSECUENCIA INDIRECTA DE UN ACCIDENTE	<input type="checkbox"/>	2	VIA PÚBLICA	<input type="checkbox"/>	4
						LUGAR DE TRABAJO	
4 DIRECCION DONDE OCURRIO EL ACCIDENTE:				DIA		MES	
_____				AÑO		HRS	
_____						MIN	
6 INDIQUE EN QUE COMISARIA DE CARABINEROS ESTA HECHO EL PROCEDIMIENTO (PARTE POLICIAL):				7 DIRECCION DEL LUGAR DE TRABAJO:			
_____				_____			

8 NARRE LAS CIRCUNSTANCIAS RELATIVAS AL FALLECIMIENTO: CAUSA, LUGAR, FECHA, HORA, ACTIVIDAD QUE ESTABA DESARROLLANDO EL AFILIADO: SI EL ACCIDENTE FUE EN VIA PUBLICA, SEÑALE ADEMÁS, ORIGEN, DESTINO Y MOTIVO DEL VIAJE O TRASLADO

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

9 EL FALLECIMIENTO FUE CERTIFICADO POR:		<input type="checkbox"/>	1	MEDICO TRATANTE	<input type="checkbox"/>	2	MEDICO SERVICIO DE URGENCIA	<input type="checkbox"/>	3	MEDICO INSTITUTO MEDICO LEGAL
		<input type="checkbox"/>	4	MEDICO CLINICA/HOSPITAL	<input type="checkbox"/>	5	OTRO	_____		

**III.- FIRMA DEL DECLARANTE**

**IV.- USO ADMINISTRADORA**

FECHA DE RECEPCION		
DIA	MES	AÑO
_____	_____	_____
FIRMA Y TIMBRE A.F.P CAPITAL		
NOMBRE REPRESENTANTE A.F.P CAPITAL		CODIGO S.A.F.P.
_____		_____
AGENCIA		
_____		

2º COPIA: AGENCIA