

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												
1 INDIQUE LA CAUSA DEL FALLECIMIENTO: CAUSA INMEDIATA _____ CAUSA ORIGINARIA _____																
2 EL DECESO FUE: <input type="checkbox"/> 1 CONSECUENCIA DIRECTA DE UN ACCIDENTE <input type="checkbox"/> 2 CONSECUENCIA INDIRECTA DE UN ACCIDENTE		3 EL LUGAR DEL ACCIDENTE FUE: <input type="checkbox"/> 1 CASA HABITACION <input type="checkbox"/> 3 LUGAR DE TRABAJO <input type="checkbox"/> 2 VÍA PÚBLICA <input type="checkbox"/> 4 OTRO _____														
4 DIRECCION DONDE OCURRIO EL ACCIDENTE: _____ _____			5 FECHA DEL ACCIDENTE		HORA DEL ACCIDENTE											
			<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				<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <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> </tr> </table>		HRS	MIN		
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 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 _____																

ORIGINAL: DEPTO. ANALISIS DE BENEFICIOS

III.- FIRMA DEL DECLARANTE

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		

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:			
<input type="checkbox"/> 1 CONSECUENCIA DIRECTA DE UN ACCIDENTE <input type="checkbox"/> 2 CONSECUENCIA INDIRECTA DE UN ACCIDENTE		<input type="checkbox"/> 1 CASA HABITACION <input type="checkbox"/> 2 VIA PÚBLICA		<input type="checkbox"/> 3 LUGAR DE TRABAJO <input type="checkbox"/> 4 OTRO _____			
4 DIRECCION DONDE OCURRIO EL ACCIDENTE:				5 FECHA DEL ACCIDENTE		HORA DEL ACCIDENTE	
_____				DIA MES AÑO <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>		HRS MIN <input type="text"/> : <input type="text"/>	
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 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 <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>		
FIRMA Y TIMBRE A.F.P CAPITAL _____		
NOMBRE REPRESENTANTE A.F.P CAPITAL		CODIGO S.A.F.P.
_____		_____
AGENCIA		

1º 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 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		

2º COPIA: AGENCIA