

DOCUMENTO 1

HOJA DE PRIMERA ATENCIÓN DE SALUD
Nº / AÑO

Señores:
Hospital Clínico / Mutual

Presente

El Superintendente del Cuerpo de Bomberos de _____
conforme a lo establecido en el D.L. Nº 1.757 de 1977, modificado por la Ley Nº
19.798 del 25 de abril del 2002, **solicita disponer la atención médica y hospitalaria**

del bombero(a) Sr. _____

Cedula de Identidad Nº _____

perteneciente a la _____ Compañía; accidentado en acto de servicio el

día _____ a las ____ horas, en el sector _____

La facturación y detalle de los gastos médicos, hospitalarios, de traslado sanitario y de honorarios profesionales ocasionados por el accidente en acto de servicio, deben ser emitidos a nombre del:

Cuerpo de Bomberos de _____

RUT: _____

Domicilio: _____

Giro: _____

Fecha: _____

Nombre: _____
Superintendente del Cuerpo de Bomberos de _____

(Timbre)

Firma

DOCUMENTO 2

CERTIFICADO DE IDENTIFICACIÓN

El Superintendente del Cuerpo de Bomberos de _____
certifica que:

Don (ña) _____

Cedula Nacional de Identidad N° _____

Es voluntario (a) de la _____ Compañía de Bomberos, inscrito (a) con el Registro N°
_____ de fecha _____

Se extiende el presente certificado para ser presentado en la Superintendencia de
Valores y Seguros (SVS), conforme a lo establecido en la Ley N° 19.798 del 25 de abril
del 2002, que modificó el D.L. 1.757 del año 1977.

Fecha: _____

Nombre: _____
Superintendente del Cuerpo de Bomberos de _____

(Timbre)

Firma

DOCUMENTO 3

(Modelo de carta INFORMATIVA al COMPIN)

Fecha: _____

Señor
Presidente Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez
Servicio de Salud _____
Presente

Señor presidente:

En cumplimiento de lo establecido en la Ley N° 19.798 del 25 de abril de 2002, que modificó el D.L. 1.757 del año 1977, complementada por el Reglamento General N° 180 del 20 de mayo del 2005, emitido por la Superintendencia de Valores y Seguros (SVS), informo a dicha Comisión Médica que el bombero(a), don (doña) _____, sufrió un accidente en acto de servicio el día _____, a las _____, en el sector (dirección) _____

_____ por lo que fue derivado al Servicio de Salud _____ donde recibe atención médica para su recuperación.

Una vez terminado el tratamiento médico que corresponda, el citado voluntario de Bomberos se presentará ante dicha Comisión con los antecedentes médicos pertinentes, a fin de determinar su incapacidad temporal o definitiva.

Agradece su atención,

Nombre: _____
Superintendente del Cuerpo de Bomberos de _____

(Timbre)

Firma

DOCUMENTO 4

INFORME EJECUTIVO ACCIDENTE DE BOMBERO EN ACTO DE SERVICIO

El Superintendente del Cuerpo de Bomberos de _____, de conformidad a lo señalado en el Reglamento General N° 180 de la SVS, que complementa el D.L. 1757, sobre accidentes en acto de servicio de Bomberos de Chile, tiene a bien informar lo siguiente:

1.- ANTECEDENTES DEL ACCIDENTADO

NOMBRES	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO
CARGO	EDAD	SEXO
AÑOS ANTIGÜEDAD EN EL CARGO	FECHA ACCIDENTE DIA MES AÑO	HORA ACCIDENTE AM/PM
COMPAÑÍA	LUGAR (CUARTEL / SECCIÓN / VIA PÚBLICA)	UBICACIÓN EXACTA DEL ACCIDENTE
TIPO DE LESIÓN	PARTE AFECTADA	GRAVEDAD DE LA LESIÓN LEVE GRAVE MUY GRAVE

2.- DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE

FUENTE: actividad que estaba realizando el bombero
AGENTE: elemento que provocó el accidente
TIPO DE ACCIDENTE: cómo se produjo el accidente
¿ QUÉ SUCEDIÓ ? : Describa brevemente.

3.- TESTIGOS

SR.	CARGO
SR.	CARGO

4.- COMENTARIO DEL SUPERINTENDENTE

(INCLUIR INFORMACIÓN SOBRE EL TIPO DE ACTIVIDAD REALIZADA AL MOMENTO DEL ACCIDENTE Y LOS FUNDAMENTOS QUE DEMUESTRAN QUE ES UNA ACTIVIDAD BOMBERIL)

Fecha: _____

NOMBRE:
Superintendente del Cuerpo de Bomberos de _____

(TIMBRE)

FIRMA

DOCUMENTO 5

**HOJA DE LICENCIA MÉDICA
(para miembros de Cuerpos de Bomberos de Chile)**

Para dar cumplimiento a lo establecido en la Ley N° 19.798 del 25 de abril del 2002, que modificó el D.L. 1.757 del año 1977, que fija los beneficios que asisten a los miembros de los Cuerpos de Bomberos de Chile, que se accidenten con ocasión de actos de servicio, el médico tratante que suscribe certifica que:

Don (ña): _____

Cédula de Identidad N°: _____

en su calidad de miembro del Cuerpo de Bomberos de _____,

sufrió un accidente en acto de servicio el día _____

con un diagnóstico de:

producto de lo cual se encuentra imposibilitado de desarrollar su actividad laboral y bomberil, por los motivos que se indican a continuación:

En consecuencia, se autoriza un reposo médico por el siguiente período:

Fecha inicio reposo		

Fecha término reposo		

TOTAL DE DÍAS: _____

Este reposo es concordante con la Licencia Médica del Ministerio de Salud, folio N° _____, que le fuera entregada al (a la) bombero (a) individualizado (a) precedentemente.

Nombre médico tratante:

Rut.: _____

Establecimiento (hospital /mutual): _____

Fecha: _____

firma y timbre

DOCUMENTO 6

Modelo de CARTA CONDUCTORA (Solicitud de subsidio por incapacidad)

Fecha: _____

Señor
Superintendente de Valores y Seguros
Presente

Señor superintendente:

En cumplimiento a lo dispuesto en el **Art. N° 1, letras b) y c), del D.L. 1757 del año 1977**, solicito a esa Superintendencia proceder al **pago de subsidio por incapacidad**, en razón de haber sufrido un accidente en acto de servicio el bombero quien se individualiza y suscribe la presente:

NOMBRE:

RUT.:

EDAD:

CUERPO DE BOMBEROS DE:

N° DE COMPAÑÍA :

FECHA DEL ACCIDENTE:

domiciliado en

calle _____ N° _____

de la ciudad de _____ en la Región de _____

Se adjunta la documentación establecida por ley para lo solicitado.

Muy atentamente,

Firma

Inc.: Lo indicado.

DOCUMENTO 7

(Modelo de carta DICTAMEN DE EVALUACIÓN DEL COMPIN)

Fecha: _____

Señor
Presidente Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez
Servicio de Salud _____
Presente

Señor presidente:

En cumplimiento de lo establecido en la Ley N° 19.798 del 25 de abril de 2002, que modificó el D.L. 1.757 del año 1977, complementada por el Reglamento General N° 180 del 20 de mayo de 2005, emitido por la Superintendencia de Valores y Seguros (SVS), solicito efectuar evaluación médica para determinar la naturaleza de la incapacidad producida o la enfermedad contraída por el bombero (a) accidentado en acto de servicio, el grado de incapacidad física o intelectual que afecta al bombero(a) y la fecha de inicio y término de la incapacidad determinada, del voluntario(a) que a continuación se individualiza:

NOMBRE:
RUT.:
EDAD:
N° DE COMPAÑÍA :
CUERPO DE BOMBEROS DE:
FECHA DEL ACCIDENTE:
LUGAR DEL ACCIDENTE:

Una vez concluida dicha evaluación, se solicita a esa COMPIN enviar Resolución Médica a la Superintendencia de Valores y Seguros en Santiago.

Agradece su colaboración,

Nombre: _____
Superintendente del Cuerpo de Bomberos de _____

(Timbre)

Firma

DOCUMENTO 8

(Modelo de CARTA PARA SOLICITUD DE RENTA VITALICIA)

Fecha: _____

Señor
Superintendente de Valores y Seguros
Presente

Señor superintendente:

De acuerdo a lo dispuesto en el **Art. N° 1, letra d) del D.L. 1757, del año 1977**, vengo a solicitar a esa Superintendencia que se disponga el **pago de una Renta Vitalicia** por el fallecimiento en acto de servicio del (de la) bombero (a) a quien se individualiza enseguida:

NOMBRE:
RUT.:
EDAD:
CUERPO DE BOMBEROS DE:
N° DE COMPAÑÍA :
FECHA DEL ACCIDENTE:
FECHA DE MUERTE:

El (la) bombero (a) antes individualizado (a) fue en vida mi _____
(*relación de parentesco*), por lo que soy heredero(a) legítimo(a) para solicitar los beneficios contemplados en la ya aludida ley. Adjunto certificados y antecedentes que acreditan mi relación de parentesco y demás beneficiarios.

Mi domicilio es calle _____ N° _____ de la ciudad
de _____ en la región de _____

Lo saluda atentamente,

Nombre:
Rut:

Firma