

FORMULARIO DE NOTIFICACIÓN INMEDIATA DE ACCIDENTE DEL TRABAJO FATAL Y GRAVE

Fecha de la Notificación:
Hora de Notificación :

Marque con una cruz el tipo de accidente	
Accidente Fatal	<input type="checkbox"/>
Accidente Grave	<input type="checkbox"/>

I. Datos de la Entidad Empleadora

1. Nombre Empresa o Razón Social: Campo obligatorio			
2. Rut Empresa:			
3. Dirección Casa Matriz: Campo obligatorio	(Calle, N°)		
	Comuna		R.M. Región
4. Teléfono Casa Matriz: Campo obligatorio	Código Área	Número	

II. Datos del Accidente

5. Nombre del o los accidentados:			
6. Fecha del Accidente: Campo obligatorio		7. Hora del Accidente:	
8. Dirección Lugar del Accidente: Campo obligatorio			RM
	Comuna		
9. Teléfono Lugar del accidente: Campo obligatorio	Código	Número	

III. Breve descripción de Accidente *Señale a lo menos la actividad que se encontraba realizando el trabajador, cómo se produjo el accidente y la lesión que provocó.*

Campo

IV. Datos del Informante

10. Nombre: Campo obligatorio	
11. RUT: Campo obligatorio	
12. Cargo: Campo obligatorio	

V. Organismo Administrador al que se encuentra adherida o afiliada la empresa

13. Nombre	
------------	--