



MINISTERIO DE SALUD



MINISTERIO DEL TRABAJO

ANEXO I

FORMULARIO DE NOTIFICACIÓN INMEDIATA DE ACCIDENTE DEL TRABAJO FATAL Y GRAVE

Fecha de la 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 <small>Campo obligatorio</small>		
2. Rut Empresa:		
3. Dirección Casa Matriz: <small>Campo obligatorio</small>	<small>(Calle N°)</small>	
	<small>Comuna</small>	<small>Región</small>
4. Teléfono Casa Matriz: <small>Campo obligatorio</small>	<small>Código Área</small>	<small>Número</small>

II. Datos del Accidente		
5. Nombre del o los accidentados:		6. RUN
7. Fecha del Accidente: <small>Campo obligatorio</small>	8. Hora del Accidente:	hrs.
9. Lugar del Accidente: <small>Campo obligatorio</small>	<small>(Calle N°)</small>	
	<small>Comuna</small>	<small>Región</small>
10. Fono Lugar del accidente: <small>Campo obligatorio</small>	<small>Código Área</small>	<small>Número</small>

III. Breve descripción de Accidente
<i>Señale a lo menos la actividad que se encontraba realizando el trabajador, cómo se produjo el accidente y la lesión que provocó.</i>
<small>Campo obligatorio</small>

IV. Datos del Informante	
11. Nombre: <small>Campo obligatorio</small>	
12. RUT: <small>Campo obligatorio</small>	
13. Cargo: <small>Campo obligatorio</small>	

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



MINISTERIO DE SALUD



MINISTERIO DEL TRABAJO

SEREMI de Salud, Región del Libertador General Bernardo O'higgins.

Telefonos : 72-335346 – 335347

Fax : 72-335348

E – Mail : usoseremi6@yahoo.com