



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

Accidente Grave

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	Región VI
4. Teléfono Casa Matriz: Campo obligatorio	Código Área	Número

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

IV. Datos del Informante	
11. Nombre: Campo obligatorio	
12. RUT: Campo obligatorio	
13. Cargo: Campo obligatorio	

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

Telefonos : 72-335346 – 335347

Fax : 72-335348

Fono Accidentes : 600 42 000 22

Correo Electronico : accidentes6@redsalud.gov.cl , sandra.suarez@redsalud.gov.cl