



ANEXO II

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

II. Datos del Accidente

5. Nombre del o los accidentados:			
6. Fecha del Accidente: <i>Campo obligatorio</i>		7. Hora del Accidente:	
8. Dirección Lugar del Accidente: <i>Campo obligatorio</i>	<i>(Calle, N°)</i>		
	<i>Comuna</i>	<i>Región</i>	
9. Teléfono Lugar del accidente: <i>Campo obligatorio</i>	<i>Código Área</i>	<i>Número</i>	

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.*

<i>Campo obligatorio</i>

IV. Datos del Informante

10. Nombre: <i>Campo obligatorio</i>	
11. RUT: <i>Campo obligatorio</i>	
12. Cargo: <i>Campo obligatorio</i>	

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

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