**JEFATURA DIRECTA (NO ENTREGAR PARA QUE COMPLETE DIRECTAMENTE EL TRABAJADOR):**

1. **DATOS PERSONALES DE ACCIDENTADO**

|  |  |
| --- | --- |
| **NOMBRE ACCIDENTADO** |  |
| **RUT** |  |
| **EMPRESA**  |  |
| **CARGO**  |  |
| **ÁREA** |  |
| **JEFE/SUPERVISOR DIRECTO** |  |
| **DIRECCION PARTICULAR** |  |
| **COMUNA** |  | **TELÉFONO PERSONAL** |  |

1. **DATOS DEL ACCIDENTE**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **FECHA DEL ACCIDENTE:** |  | **HORA:** |  |
| **FECHA PRESENTACIÓN A MUTUAL:** |  |
| **HORARIO LABORAL:** | **DE: A:** | **OBSERVACIÓN:** |  ART. 22 |
| **SITIO DEL ACCIDENTE :** |  |
| **CALLE:** |  | **N°** |  | **COMUNA:** |  |
| **ACTIVIDAD QUE REALIZABA AL MOMENTO DEL EVENTO:** | (Ej. ¿Qué hacía?, ¿desde dónde y hacia donde se dirigía y a hacer qué?). |
| **DESCRIBA COMO OCURRIO:**  |
| **CONSECUENCIAS Y PARTE LESIONADA:** |  |
| **TIPO DE ACCIDENTE** | **TRABAJO TRAYECTO ORIGEN COMÚN** |
| **EN CASO DE ACCIDENTE DE TRAYECTO:** |  DOMICILIO AL TRABAJO DEL TRABAJO AL DOMICILIO |
| **MEDIO DE PRUEBA QUE PRESENTARA:****(adjuntar medio de prueba si corresponde)** | TESTIGOS CONSTANCIA DE CARABINEROS ATENCION DE SALUD FOTO CONSTANCIA METRO OTRO NINGUNO |
| **FIRMA DEL ACCIDENTADO:** |  Nota: (Si se encuentra con reposo dejar en blanco) |
| **NOMBRE SUPERVISOR/JEFE DIRECTO:** |  |
| **FIRMA** |  | **FECHA** |  |
| **Este formulario debe ser enviado a:** **accidenteslaborales@banmedica.cl****Consultas respecto al procedimiento a: Constanza Duarte o Georgeanna Child / Fonos: 2 2782 5636 o 2 2782 5773**  |

 **USO EXCLUSIVO COMITÉ PARITARIO DE HIGIENE Y SEGURIDAD:**

1. **ANALISIS DE PELIGROS Y CAUSAS:**

|  |  |
| --- | --- |
| **ACCION INSEGURA**(Que hizo o dejó de hacer el trabajador, u otra persona que contribuyó directamente a que ocurriera el accidente). | **CONDICION INSEGURA**(Qué cosa en el ambiente, herramienta, estructura, protecciones, superficies, etc. contribuyó a que ocurriera el accidente). |
| **DESCRIBA LA ACCIÓN O CONDICIÓN INSEGURA:** |

1. **ACCIONES PARA EVITAR LA REPETICIÓN DEL ACCIDENTE:**

|  |
| --- |
| Describa las acciones para eliminar los peligros y causas indicadas en la sección anterior. Todas las variables que explican el evento deben ser consideradas. |
| **ACCION DE MEJORA** | **RESPONSABLE** | **PLAZO** |
|  |  |  |
|  |  |  |

1. **COMENTARIOS DEL COMITÉ PARITARIO:**

|  |
| --- |
|  |

1. **FIRMAS DEL COMITÉ PARITARIO:**

**Comité Paritario de Higiene y Seguridad Oficina: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Nombre: Nombre:**

**Presidente Comité Paritario Secretario/a Comité Paritario**

**PREVENCIÓN DE RIESGOS:**

1. **COMENTARIOS PREVENCIÓN DE RIESGOS:**

|  |
| --- |
|  |