**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**](mailto: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:**

|  |
| --- |
|  |