

Ayuda para la correcta confección de Diat/Diep



Estructura de la Denuncia

1. Identificación del Empleador
2. Identificación del Trabajador
3. Datos del Accidente o Enfermedad
4. Identificación del Denunciante

Denuncia individual de Accidente del Trabajo (DIAT)



DENUNCIA INDIVIDUAL DE ACCIDENTE DEL TRABAJO (DIAT)

Anotar los datos de la entidad empleadora o empleador del trabajador /a accidentado evitando uso de siglas y abreviaturas

Debe ser asignado por el administrador del seguro de la ley 16.744

Debe Señalar cuantos Hombres y Cuantas Mujeres trabajan en la empresa, anotándolos en los cuadros respectivos.

Señalar qué actividad desarrolla la entidad empleadora

Debe anotar el día, mes y año en que está llenando el formulario (Día-Mes-Año)

Código del Caso **Fecha de Emisión** **Folio:**

A. Identificación del Empleador

Nombre o Razón Social **RUT**

Dirección (Calle, N°, Depto., Población, Villa, Ciudad) **Comuna** **Número de Teléfono**

Actividad Económica **Hombres** **Mujeres** **Pública** **Privada**

N° de Trabajadores **Propiedad de la Empresa**

Prinicipal **Contratista** **Subcontratista** **De Servicios Transitorios**

Tipo de Empresa

Si es Contratista o Subcontratista, señale actividad económica empresa principal:

Denuncia individual de Accidente del Trabajo (DIAT)

Anotar datos del trabajador/a accidentado según el orden solicitado

Marcar con una x el casillero correspondiente al pueblo originario al que pertenece el trabajador/a accidentado

Anotar el número telefónico del trabajador/a accidentado anteponiendo el código de la ciudad o celular según corresponda

B. Identificación del Trabajador/a

| | | |
|--|------|---------------------|
| Nombres - Apellido Paterno - Apellido Materno | | RUN |
| Dirección (Calle, N°, Depto., Población, Villa, Ciudad) | | Comuna |
| Número de Teléfono | | |
| <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer | Edad | Fecha de Nacimiento |
| Sexo | | |
| Nacionalidad | | |
| Profesión u Oficio | | |
| Antigüedad en la Empresa | | Tipo de Contrato |
| Tipo de Ingreso: | | |
| Categoría Ocupacional | | |

Señale si el trabajador pertenece o no a un pueblo originario:

| | | | |
|------------------------------------|-----------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> Alacalufe | <input type="checkbox"/> Colla | <input type="checkbox"/> Quechua | <input type="checkbox"/> Otro - Cuál ? |
| <input type="checkbox"/> Atacameño | <input type="checkbox"/> Diaguita | <input type="checkbox"/> Rapanui | |
| <input type="checkbox"/> Aimara | <input type="checkbox"/> Mapuche | <input type="checkbox"/> Yamana (Yagán) | <input type="checkbox"/> Ninguno |

Antigüedad en la Empresa: Días Meses Años

Tipo de Contrato: Indefinido Plazo Fijo Por Obra o Faena Temporada

Tipo de Ingreso: Remuneración Fija Remuneración Variable Honorarios

Categoría Ocupacional: Empleador Trabajador Dependiente Trabajador Independiente Familiar no Remunerado Trabajador Voluntario

Anotar el número de años, meses o días que llevaba desempeñándose el trabajador/a en la empresa cuando se accidentó.

Marcar con una x el casillero que corresponda a la categoría ocupacional de trabajador/a accidentado al momento del accidente .

Denuncia individual de Accidente del Trabajo (DIAT)



C. Datos del Accidente

Fecha del Accidente: / /

Hora del Accidente: A.M. P.M.

Hora de Ingreso al Trabajo: A.M. P.M.

Hora de Salida del Trabajo: A.M. P.M.

Dirección (Calle, N°, Depto., Población, Villa, Ciudad):

Comuna:

Señale qué estaba haciendo el trabajador al momento o justo antes del accidente:

Señale el lugar donde ocurrió el accidente (nombre de la sección, edificio, area, etc.):

Describa ¿Qué pasó o cómo ocurrió el accidente?:

Señale cuál era su trabajo habitual:

¿Al momento del accidente desarrollaba su trabajo habitual? SI NO

Clasificación del Accidente (Artículo 76 - Ley): Grave Fatal Otro

Tipo de Accidente: Trabajo Trayecto

Si es accidente de Trayecto, responda: Domicilio - Trabajo Trabajo - Domicilio Entre dos Trabajos

Medio de Prueba: Parte de Carabineros Declaración Testigos Otro

Detalle del Medio de Prueba:

Dejar consignada la actividad específica que realizaba el trabajador/a cuando ocurrió el accidente o comenzaron las molestias.

Relatar brevemente como ocurrió el accidente. Si levanto peso, precisar los kilos involucrados en la acción.

Señalar cual era su trabajo habitual al momento del accidente

Anotar detalle del medio de prueba, ejemplo nombre del testigo...etc.

Anotar la dirección donde ocurrió el accidente

Se debe anotar la hora de ingreso y termino del trabajo.

Debe marcar con una X si en el momento preciso del accidente desarrollaba o no su trabajo habitual.

Denuncia individual de Accidente del Trabajo (DIAT)

Anotar los datos de la persona que extiende la denuncia o denunciante

Anotar el número telefónico del denunciante anteponiendo el código de la ciudad o celular según corresponda

Marcar con una x el casillero que corresponda al tipo de denunciante que se trata.

Firma de la persona que denuncia . Dato obligatorio, luego de ser firmadas, NO pueden ser modificados

D. Identificación del Denunciante

| | |
|---|--|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Nombres - Apellido Paterno - Apellido Materno | RUN |
| <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Trabajador/a <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Médico Tratante |
| Número de Teléfono | <input type="checkbox"/> Comité Paritario <input type="checkbox"/> Empresa Usuaria <input type="checkbox"/> Otro |
| | Firma |

Denuncia Individual de Enfermedad Profesional (DIEP)

Anotar los datos de la entidad empleadora o empleador del trabajador /a enfermo/a evitando uso de siglas y abreviaturas, debe anotar los datos completos.

Este N° es asignado internamente por Mutual.

Debe Señalar cuantos Hombres y Cuantas Mujeres trabajan en la empresa, anotándolos separadamente en los cuadros respectivos.

Debe señalar qué actividad Económica desarrolla la entidad empleadora al momento de la denuncia de enfermedad del trabajador/a.



Debe anotar el día, mes y año en que está llenando el formulario (Día-Mes-Año).



DENUNCIA INDIVIDUAL DE ENFERMEDAD PROFESIONAL (DIEP)

Folio: _____

→ Código del Caso: _____ Fecha de Emisión: _____

A. Identificación del Empleador

Nombre o Razón Social: _____ RUT: _____

Dirección (Calle, N°, Depto., Población, Villa, Ciudad): _____ Comuna: _____ Número de Teléfono: _____

Hombres: _____ Mujeres: _____

N° de Trabajadores: _____ Propiedad de la Empresa: Pública Privada

Actividad Económica: _____

Tipo de Empresa: Principal Contratista Subcontratista De Servicios Transitorios

Si es Contratista o Subcontratista, señale actividad económica empresa principal: _____

Denuncia Individual de Enfermedad Profesional (DIEP)

Anotar datos del trabajador/a enfermo/a según el orden solicitado, debe colocar el nombre completo.

Anotar el número de años, meses o días que llevaba desempeñándose el trabajador/a en la empresa al momento de la denuncia.

Marcar con una x el casillero que corresponda a la categoría ocupacional de trabajador/a enfermo/a al momento de la denuncia.

Debe colocar la profesión u oficio que desempeñaba el trabajador a la fecha de la enfermedad.

Marcar con una x el casillero correspondiente al pueblo originario al que pertenece el trabajador/a enfermo/a, esta información solo es de uso interno y para fines estadísticos.

Anotar el número telefónico del trabajador/a anteponiendo el código de la ciudad o celular según corresponda, para tomar contacto o para ser llamado a alguna evaluación en caso de ser necesario.

B. Identificación del Trabajador/a

| | | | |
|--|------|--|---|
| Nombres - Apellido Paterno - Apellido Materno | | RUN | |
| Dirección (Calle, N°, Depto., Población, Villa, Ciudad) | | | Número de Teléfono |
| <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer Sexo | Edad | Fecha de Nacimiento | |
| Nacionalidad | | Profesión u Oficio | |
| Antigüedad en la Empresa <input type="checkbox"/> Días <input type="checkbox"/> Meses <input type="checkbox"/> Años | | Tipo de Contrato <input type="checkbox"/> Indefinido <input type="checkbox"/> Plazo Fijo <input type="checkbox"/> Por Obra o Faena <input type="checkbox"/> Temporada | |
| Categoría Ocupacional <input type="checkbox"/> Empleador <input type="checkbox"/> Trabajador Dependiente <input type="checkbox"/> Trabajador Independiente <input type="checkbox"/> Familiar no Remunerado <input type="checkbox"/> Trabajador Voluntario | | | Tipo de Ingreso: <input type="checkbox"/> Remuneración Fija <input type="checkbox"/> Remuneración Variable <input type="checkbox"/> Honorarios |

Denuncia Individual de Enfermedad Profesional (DIEP)

Anotar los datos de la persona que extiende la denuncia o denunciante

Anotar el número telefónico del denunciante anteponiendo el código de la ciudad o celular según corresponda

Marcar con una x el casillero que corresponda al tipo de denunciante que se trata.

Firma de la persona que denuncia . Dato obligatorio, luego de ser firmadas, NO pueden ser modificados

D. Identificación del Denunciante

| | |
|---|--|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Nombres - Apellido Paterno - Apellido Materno | RUN |
| <input type="text"/> | |
| Número de Teléfono | |
| Clasificación del Denunciante (Ley 16.744): | |
| <input type="checkbox"/> Empleador | <input type="checkbox"/> Trabajador/a |
| <input type="checkbox"/> Familiar | <input type="checkbox"/> Médico Tratante |
| <input type="checkbox"/> Comité Paritario | <input type="checkbox"/> Empresa Usaria |
| <input type="checkbox"/> Otro | |
| <p>..... Firma</p> | |