

FORMULARIO ÚNICO DE SOLICITUD DE PRESTACIONES MÉDICAS (FUPM) (ACCIDENTE DEL TRABAJO Y ENFERMEDADES PROFESIONALES)

[]
Fecha Recepción

[] |
Fecha Envío

I IDENTIFICACIÓN DE LA SOLICITUD: (Marque el o los servicios a solicitar)

Según las solicitudes que se realizan se debe llenar la hoja de Anexo(s) respectiva.

RECEPCIÓN DE DENUNCIA DE ACCIDENTE DEL TRABAJO O ENFERMEDAD PROFESIONAL
__Anexo 1 __Anexo 1.A __Anexo 1.B __Anexo 1.C

Sí. El Trabajador recibió Formulario de Advertencia (SUSESO) **Anexo 1.D Advertencia Trabajador Independiente**

Sí. El Trabajador recibió Formulario de Advertencia (SUSESO) **Anexo 1.E Advertencia Trabajador Dependiente**

SOLICITUD DE PRESTACIONES MEDICAS POR REINGRESO (**Anexo 2**)

SOLICITUD DE REEMBOLSO DE GASTOS MEDICOS (**Anexo 3**)

SOLICITUD DE CERTIFICADO DE ACCIDENTABILIDAD

SOLICITUD DE REEDUCACIÓN LABORAL (**Anexo 4**)

SOLICITUD DE ADECUACIÓN DOMICILIARIA (**Anexo 5**)

SOLICITUD DE EVALUACIÓN Y REEVALUACIÓN DE INCAPACIDAD (**Anexo 6**)

SOLICITUD DE DOCUMENTOS ASOCIADOS A LICENCIA MÉDICA (**Anexo 7**)

II **TIPO DE SOLICITANTE** TRABAJADOR DEPENDIENTE TRABAJADOR INDEPENDIENTE EMPLEADOR OTRO

III IDENTIFICACIÓN DEL SOLICITANTE DEL TRÁMITE (* Datos Obligatorios)

Nombre Completo*	
RUN*	
Dirección*	
Ciudad*	
Teléfono Contacto*	
Correo Electrónico	
Siniestro asociado	

IV IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR (* Datos Obligatorios)

EN CASO DE TRABAJADOR INDEPENDIENTE QUE DESARROLLA SERVICIOS PARA OTRA ENTIDAD EMPLEADORA, COMPLETAR LOS SIGUIENTES CAMPOS DE FORMA OBLIGATORIA EN RELACIÓN A **DICHA ENTIDAD**.

Razón Social*	
RUT razón social*	
Organismo Administrador que pertenece la empresa *	
Correo Electrónico*	
Dirección*	
Ciudad*	
Teléfono Contacto*	
Representante Legal o Encargado del Servicio donde presta servicios*	

***En el caso de Enfermedades Profesionales, el no llenado o llenado incompleto y/o la NO entrega de estos datos en los plazos puede derivar en el cierre del caso por obstaculización del trabajador independiente.**

V OBSERVACIONES (Escriba observaciones pertinentes a la solicitud realizada).

Marque si acepta:

El trabajador acepta que todas las notificaciones que se le realicen podrán hacerse al siguiente correo electrónico

_____@_____

El empleador acepta que todas las notificaciones que se le realicen podrán hacerse al siguiente correo electrónico

_____@_____

FIRMA Y NOMBRE SOLICITANTE

Nº C.I./RUT:

Fecha de entrega Anexo 1

Antecedentes requeridos una vez recibida la Denuncia y que son necesarios para la Calificación de Origen

- Formulario de Denuncia Individual de Enfermedad Profesional (DIEP) o Formulario de Denuncia Individual de Accidente del Trabajo (DIAT), según corresponda. Estos formularios deben ser completados con los campos obligatorios definidos.

Antecedentes adicionales a presentar en el plazo de 5 días hábiles:

I.- Los siguientes antecedentes deberán ser requeridos tanto para DIAT como DIEP

- Copia de contrato de trabajo (a excepción de trabajadores independientes y del sector público).
- Certificado de Atención de Urgencia (en caso de que ésta ya se haya otorgado)
- Certificados médicos y/o antecedentes médicos asociados al caso (esto cuando las primeras atenciones no hayan sido otorgadas mediante prestadores médicos en convenio con el Instituto de Seguridad Laboral).
- En caso de corresponder a un trabajador independiente, emitir según corresponda Complemento DIAT trabajador independiente (anexo 1.B) o Complemento DIEP trabajador independiente (anexo 1.C).

En el caso de un dependiente que no registre cotizaciones, se debe pedir a trabajador o empleador validación de vínculo contractual (correo de validación o contrato)

II.- En caso de accidente de trayecto deben ser requeridos:

- Declaración de la Víctima de accidente de Trayecto (anexo 1.A). Información acá contenida debe ser ingresada o referida (en caso de que el trabajador se encuentre impedido físicamente) por el propio trabajador accidentado.
- Croquis o mapa que grafique lugar del accidente (se debe señalar lugar de trabajo, de la habitación del trabajador afectado y lugar donde habría ocurrido el siniestro; se debe indicar, además, las distancias aproximadas entre estos puntos y el tiempo en que debieran recorrerse estas distancias de acuerdo al medio de transporte usado).
- Copia del Registro de control de asistencia del mes en que ocurrió el accidente.
- Copia del parte de Carabineros o Constancia en caso de que existan.
- Declaración simple de testigos ya sea del accidente o hechos asociados al evento, en caso de que existan.

III.- En caso de corresponder denuncia a enfermedad, será requerido:

- Certificado de cotizaciones previsionales históricas (AFP)

NOTA: De no presentar lo requerido en el plazo de 5 días hábiles, entonces el Instituto analizará el origen del siniestro con la información disponible.

INSTRUCCIONES

PARA EL SOLICITANTE

1. Verifique que los datos anotados estén correctamente consignados y **completos**.
2. Verifique la documentación necesaria según sea el caso.

SUCURSAL

1. Efectúe el llenado con la documentación a la vista, la que previamente fue requerida conforme a las fichas técnicas de atención según el servicio de prestaciones médicas que corresponda.
2. Verifique que los datos sean correctos y estén completos.
3. Una vez firmado este formulario, entregue una copia al solicitante que incluya la lista de chequeo de este formulario con las marcas en las casillas que correspondan a los documentos de respaldo y solicitud realizada.

FIRMA Y NOMBRE RECEPTOR

FIRMA Y NOMBRE SOLICITANTE
Nº C.I./RUT:

Anexo 1.A

Declaración de la víctima de accidente de trayecto

La información acá contenida debe ser ingresada por el propio trabajador o, en caso de que se vea impedido físicamente de hacerlo, el trabajador podrá referirla para que un tercero la transcriba.

Fecha de la declaración	
Lugar en que se toma esta declaración	
Funcionario que toma la declaración	

I. INFORMACIÓN DE LA EMPRESA (llenar solo en caso de trabajadores dependientes)

Nombre empresa	
Dirección	
Teléfono	

II. INFORMACIÓN DEL TRABAJADOR (llenar con letra clara)

Nombre completo	
Cédula de identidad	
Edad	
Dirección Particular	
Teléfono	
Dirección del lugar donde concurría a trabajar el día del accidente	
Horario de trabajo del día del accidente	Hora entrada: _____ Hora salida: _____ Sin horario establecido: _____
Régimen Salud (marque con una X)	FONASA: _____ ISAPRE: _____ Ninguno: _____

III. ANTECEDENTES DEL ACCIDENTE (llenar con letra clara)

a) Fecha y hora en que ocurrió el accidente:	Fecha: _____ Hora: _____
b) Desde dónde y hacia donde se dirigía cuando ocurrió el accidente (señale la dirección exacta y a qué corresponde cada una de ellas):	
c) Describa las razones por las cuales se dirigía a dicho destino:	
d) Describa detalladamente cómo ocurrió el accidente: lugar (calles, estación de metro, etc.), medio de transporte que utilizaba (transporte público, bicicleta, caminando), mecanismo causal (caída, golpe, choque, atropello, etc.) posible causa (desnivel en el piso, poca visibilidad, etc.), parte del cuerpo lesionada, y demás circunstancias que recuerde:	

e) Si recibió atención de urgencia en otro centro médico (público o privado), o en una consulta privada, indique el nombre del recinto o profesional, la fecha y hora de su atención y si cuenta con algún documento que la acredite (ficha de ingreso, boleta de honorarios, receta médica, etc.):	
f) Si existen testigos de su accidente, señale sus nombres y datos de contacto, si los conoce:	
g) Indique si posee un parte policial, una constancia ante carabineros, denuncia ante una compañía de seguros u otro tipo de pruebas (fotografías del lugar del accidente, boletos del medio transporte utilizado, etc.):	
h) Indique cuándo y cómo dio aviso a su empleador o a través de quién le informó de su accidente e identifique a la persona a quien se lo comunicó (sólo llenar en caso de que corresponda):	

He sido informado que todos los antecedentes, documentos o declaraciones de testigos que posea y que acrediten mi accidente, deben ser entregados al Instituto de Seguridad Laboral, dentro del plazo de 5 días (excluyendo sábados, domingos y festivos).

Declaro que los hechos e información que forman parte de este documento son fidedignos.

Firma del Trabajador(a)**

La simulación de un accidente del trabajo puede ser sancionada y da lugar al cobro de las prestaciones indebidamente obtenidas. Ello conforme a lo establecido al efecto por el artículo 43 de la Ley N° 12.084, el que dispone que “Incurrirán en las penas establecidas en el artículo 210 del Código Penal, los que hicieren declaraciones falsas en certificados de supervivencia, de estado civil y demás que se exigen para el otorgamiento de beneficios de previsión.”

***Formulario de acuerdo a Compendio de Normas del Seguro Social de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales, libro III. Denuncia, calificación y evaluación de incapacidades permanentes, TÍTULO II Calificación de accidentes del trabajo, letra B Accidentes de trayecto, CAPÍTULO III Calificación del accidente de trayecto, número 1 Antecedentes para la calificación.**

****En el caso que un tercero fuera quien complete el documento, indicar el nombre y vínculo con el trabajador**

Anexo 1.B COMPLEMENTO DE DIAT TRABAJADOR INDEPENDIENTES

Fecha declaración: _____

1.- Describa en términos generales las tareas o servicios otorgados por usted en la actualidad

2.- A continuación se solicita describir cada servicio prestado por usted en la actualidad, describiendo en primer lugar a los cuales asigna mayor parte de su tiempo semanalmente:

(Describa una actividad por vez)

Actividad 1:

1.- Describa las tareas o servicios otorgados

2.- Para la realización de esta actividad, necesita salir a terreno?, Si la respuesta es Sí, describa los motivos, acciones y lugar donde realiza estas actividades.

3.- Señale la dirección del lugar donde desempeña su actividad laboral o servicio:

4.- Describa el horario en el cual desempeña la tarea o servicio:

Lunes	martes	miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo

Otro, describa:

Actividad 2:

1.- Describa las tareas o servicios otorgados

2.- Para la realización de esta actividad, necesita salir a terreno?, Si la respuesta es Sí, describa los motivos, acciones y lugar donde realiza estas actividades.

3.- Señale la dirección del lugar donde desempeña su actividad laboral o servicio:

4.- Describa el horario en el cual desempeña la tarea o servicio:

Lunes	martes	miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Otro, describa:

Nombre trabajador: _____

Nº de teléfono: _____

Correo electrónico: _____

Firma del trabajador

Anexo 1.C COMPLEMENTO DIEP TRABAJADOR INDEPENDIENTE

Fecha de declaración: _____

1.- Describa en detalle las molestias presentadas (síntomas, a qué lo atribuye, posibles causas)

2.- Descripción de la actividad laboral realizada:

2.a-Describa en términos generales las tareas o servicios otorgados por usted en la actualidad

2.b-Describa si ha realizado alguna tarea o servicio diferente durante los últimos seis meses

3.- A continuación se solicita describir cada servicio prestado por usted en la actualidad, describiendo en primer lugar a los cuales asigna mayor parte de su tiempo semanalmente:

(Describa una actividad por vez)

Actividad 1:

a) Describa la tarea o servicio realizado:

b) Indique nombre, rut de la empresa o institución para la cual presta el servicio y el organismo administrador de la ley a la cual está adherida esa empresa (si corresponde):

c) Indique nombre, número telefónico y correo electrónico del referente empresa donde usted presta servicios para contactar en caso de requerir realizar estudio de puesto de trabajo. **El no envío de esta información será motivo de cierre del**

Caso por obstaculización. En caso de no corresponder, especificar el por qué.

d) Lugar donde desempeña su trabajo; indique además si este recinto es particular o corresponde a las dependencias del contratista:

e) Si usted ejerce las tareas en las dependencias del contratista, indique si existen más personas trabajando en ese lugar:

f) Horarios disponibles para esa actividad:

g) En relación a la carga de tareas a realizar: (Marque con una X)

¿Quién determina la cantidad de servicios, productos o tareas a otorgar?	Marque con una X
Usted	
Por un tercero	
Por un tercero pero en acuerdo con usted	

h) Para realizar su trabajo, usted dispone de sus propios medios o estos son otorgados por un tercero (Herramientas, puesto de trabajo, software, etc.):

Actividad 2:

a) Describa la tarea o servicio realizado:

b) Indique nombre, rut de la empresa o institución para la cual presta el servicio y el organismo administrador de la ley a la cual está adherida esa empresa (si corresponde):

c) Indique nombre, número telefónico y correo electrónico del referente empresa donde usted presta servicios para contactar en caso de requerir realizar estudio de puesto de trabajo. **El no envío de esta información será motivo de cierre del caso por obstaculización.** En caso de no corresponder, especificar el por qué.

d) Lugar donde desempeña su trabajo; indique además si este recinto es particular o corresponde a las dependencias del contratista:

e) Si usted ejerce las tareas en las dependencias del contratista, indique si existen más personas trabajando en ese lugar:

f) Horarios disponibles para esa actividad:

g) En relación a la carga de tareas a realizar: (Marque con una X)

¿Quién determina la cantidad de servicios, productos o tareas a otorgar?	Marque con una X
Usted	
Por un tercero	
Por un tercero pero en acuerdo con usted	

h) Para realizar su trabajo, usted dispone de sus propios medios o estos son otorgados por un tercero (Herramientas, puesto de trabajo, software, etc.):

Nombre del trabajador: _____

Nº de teléfono: _____

Correo electrónico: _____

Firma del trabajador

FORMULARIO DE ADVERTENCIA - TRABAJADORES INDEPENDIENTES

Seguro Social Ley N° 16.744 sobre Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales

Fecha: __/__/

- Trabajador Independiente obligado, que declara renta según Artículo 42, N° 2 de la Ley sobre Impuesto a la Renta, señalados en el Art. 88 de la Ley N° 20.255.
- Trabajador Independiente voluntario, que NO declara renta según Artículo 42, N° 2 de la Ley sobre Impuesto a la Renta, señalados en el Art. 89 de la Ley N° 20.255.

Datos del Trabajador

Nombre Completo:			
Ciudad:			
N° de teléfono:		Correo electrónico	

El trabajador individualizado, declara que previo a recibir atención médica por la dolencia de origen presuntamente laboral, ha sido advertido que:

a) En caso de que no cumpla los requisitos para acceder a las prestaciones del Seguro de la Ley N°16.744, deberé pagar el valor de las prestaciones que se me otorguen conforme a la cobertura del sistema de salud común al que me encuentro afiliado (FONASA o ISAPRE)

Previsión: _____

b) En caso de NO cotizar para algún sistema de salud común, los costos asociados a la atención médica deberán ser financiados en forma particular.

c) Ante la consulta si deseo ser notificado electrónicamente de la documentación relacionada a las presentes atenciones, como las eventuales futuras y, en general, de cualquier comunicación o decisión de la que deba ser notificado con motivo del otorgamiento de las prestaciones médicas o económicas a que tenga derecho, mi respuesta es:

SI _____ NO _____

Es mi responsabilidad mantener actualizada la dirección de este correo electrónico e informar oportunamente mi voluntad de revocar este consentimiento o cualquier circunstancia que impida o dificulte la notificación por esta vía.

_____ Firma trabajador independiente	_____ Firma funcionario admisión

Fecha: __/__/

Yo, _____, RUT _____, trabajador de la empresa, _____, declaro que previo a recibir atención médica por la dolencia de origen presuntamente laboral, he sido advertido que en caso que mi accidente o enfermedad no sea calificado como de origen laboral, deberé pagar el valor de las prestaciones que se me otorguen conforme a la cobertura de mi sistema de salud común (FONASA o ISAPRE).

Previsión:

a) Ante la consulta si deseo ser notificado electrónicamente de la documentación relacionada a las presentes atenciones, como las eventuales futuras y, en general, de cualquier comunicación o decisión de la que deba ser notificado con motivo del otorgamiento de las prestaciones médicas o económicas a que tenga derecho, mi respuesta es:

SI _____ NO

Las que podrán ser remitidas al siguiente correo electrónico:

N° de teléfono:

Es mi responsabilidad mantener actualizada la dirección de este correo electrónico e informar oportunamente mi voluntad de revocar este consentimiento o cualquier circunstancia que impida o dificulte la notificación por esta vía.

Firma trabajador	Firma funcionario admisión

ANEXO 2

SOLICITUD DE PRESTACIONES MÉDICAS POR REINGRESO

Solicito reingreso de atenciones, en relación a Accidente _____ o Enfermedad _____ denunciado en ISL el pasado (dd/mm/aa) _____.

Salud mental

Musculo-esquelética

Otra _____

Secuela de accidente

Motivo del reingreso (detalle de síntomas):

INSTRUCCIONES

PARA EL SOLICITANTE

1. Verifique que los datos anotados estén correctamente consignados y completos.

SUCURSAL

1. Verifique que los datos sean correctos y estén completos.
2. Una vez firmado este formulario, entregue una copia al solicitante que incluya la lista de chequeo de este formulario con las marcas en las casillas que correspondan a los documentos de respaldo y solicitud realizada.

FIRMA Y NOMBRE RECEPTOR

FIRMA Y NOMBRE SOLICITANTE
Nº C.I./RUT:

ANEXO 3

SOLICITUD DE REEMBOLSOS DE GASTOS POR CONCEPTO DE PRESTACIONES MÉDICAS

Tipo de Reembolso solicitado

- Gastos de Medicamentos o insumos Otro
(Señalar) _____
- Gastos de ayudas técnicas
- Gastos de traslados



Gastos de alojamientos

- Gastos de alimentación
- Gastos por concepto de atención médica

Documentación presentada

- Receta otorgada por médico tratante
- Documento comprobante de citación o atención médica
- Boletos de traslados originales
- Boleta, factura, bono o cualquier documento que justifique la entrega de prestaciones médicas
- Documento comprobante de citación o atención médica
- Otros (especificar): _____

INDIQUE SU OPCIÓN PARA COBRAR EL MONTO DEL REEMBOLSO:

- Yo en mi calidad de trabajador(a) afectado y solicitante del reembolso.
- Otra persona a quien yo autorizo por medio de:
- Poder simple suscrito ante Notario o poder por escritura pública (el documento se adjunta a esta solicitud)
- Copia de resolución judicial (caso de trabajadores(as) interdictos u otros)

Se deben adjuntar el poder o la copia de resolución.

Nombre completo de la persona que cobra:		RUN	
x"	Modalidad para cobrar el reembolso (Marque con una "x" y complete)		
	Banco Estado	Cuenta RUT N°	
	Banco Estado	Tipo Cuenta y N°	
	Banco Estado	Pago por caja(*)	
	Otro Banco (¿cuál?):	Cta. Cte. N°	
		Cta. Vista N°	
		Cta. Ahorro N°	

(*): En Banco Estado se puede realizar el pago en efectivo por caja y si el monto es superior al millón de pesos se entrega un vale vista. Si el pago se realiza por medio de Banco Estado, una vez que los dineros para el pago se encuentran en el Banco, hay un plazo de 60 días para cobrar, de no retirar el dinero, el Banco desactiva el pago, y esto significa que es necesario solicitar la revalidación de la operación, acción que se debe realizar en el Instituto de Seguridad Laboral. Una vez que se solicita la revalidación, el tiempo de espera para realizar el cobro nuevamente en Banco Estado es de 10 días hábiles.

IMPORTANTE:

- ❖ El poder autorizado ante Notario o por poder por escritura pública debe contener el siguiente texto **“otorgo poder, para que, en mi nombre y representación, la persona identificada en este poder cobre los beneficios de la Ley 16.744”**.
- ❖ **A menos que diga otra cosa, se considerará un año como vigencia del poder, desde su otorgamiento.**

 FIRMA DEL TRABAJADOR(A)
 QUE DECLARA ESTOS ANTECEDENTES DE COBRO
 N° C.I (RUN):

 FIRMA Y NOMBRE
 RECEPTOR EN ISL

INSTRUCCIONES

PARA EL SOLICITANTE

- Verifique que los datos anotados estén correctamente consignados y completos.
- Verifique la documentación necesaria según sea el caso.

SUCURSAL

1. Efectúe el llenado con la documentación a la vista, la que previamente fue requerida conforme a las fichas técnicas de atención según el servicio de prestaciones médicas que corresponda.
2. Verifique que los datos sean correctos y estén completos.
3. Una vez firmado este formulario, entregue una copia al solicitante que incluya la lista de chequeo de este formulario con las marcas en las casillas que correspondan a los documentos de respaldo y solicitud realizada.
4. Adjunte los documentos correspondientes a la autorización otorgada a otra persona para cobro.

ANEXO 4

SOLICITUD DE REEDUCACIÓN LABORAL

(*) Antecedentes obligatorios según circular N°5 del 20.08.2015

A.- ANTECEDENTES TIPO I											
II) <input type="checkbox"/> RESOLUCIÓN COMPIN				<input type="checkbox"/> RESOLUCION COMERE							
% PCG: _____ FECHA DE RESOLUCIÓN: _____											
Adjuntar Resolución COMPIN ó COMERE											
III) ANTECEDENTES EDUCACIONALES											
Acerca del máximo nivel de estudios realizado (marque con una "x" lo que corresponda)											
Ninguno	<input type="checkbox"/>	Educación Básica	<input type="checkbox"/>	Educación Media	<input type="checkbox"/>	Educación Técnica	<input type="checkbox"/>	Universitaria (pre grado)	<input type="checkbox"/>	Universitaria (postgrado)	<input type="checkbox"/>
Adjuntar Certificado que acredita el nivel educacional alcanzado por el trabajador											
IV) ANTECEDENTES LABORALES											
¿Qué actividad laboral realizaba al momento del accidente de trabajo o enfermedad profesional?											
Adjuntar documentos que dan cuenta de las labores que realizaba al momento del accidente de trabajo o enfermedad profesional (Documentos válidos para acreditar este punto son: copia del último contrato de trabajo, acta de fiscalización de la inspección del trabajo, o en el caso de trabajadores independientes o socios de empresa que coticen se podrá adjuntar una declaración de las actividades realizadas antes del accidente o enfermedad, etc.)											
Indique si está trabajando				<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/>				
¿Qué labor desempeña actualmente?											
V) AYUDAS TÉCNICAS											
¿Utiliza alguna ayuda técnica con motivo de sus secuelas?								<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/>
Si usa ayuda clínica, marque la que corresponda(n) o especifique cual o cuales.											
<input type="checkbox"/> Silla de ruedas <input type="checkbox"/> Prótesis <input type="checkbox"/> Bastón <input type="checkbox"/> Otra ayuda técnica. Indique cual: _____											
VI) ALTERNATIVAS DE CAPACITACIÓN DE INTERESÉS											
Describir en esta parte del formulario el detalle de al menos tres áreas o posibilidades de formación diferentes a aquella en la cual ya no puede desempeñarse posterior a haber sufrido un accidente o enfermedad profesional. Identificar en orden de preferencia, señalando el nivel educacional requerido para cada opción (curso, técnico o profesional)											
1. _____				Nivel educacional _____							
2. _____				Nivel educacional _____							
3. _____				Nivel educacional _____							

B.-INFORMACIÓN AL TRABAJADOR
Es posible que para la tramitación de esta solicitud se requieran más antecedentes (ANTECEDENTES TIPO II). Corresponde a documentos que el Instituto de Seguridad Laboral gestiona internamente con un prestador médico.
<ul style="list-style-type: none"> • Ficha clínica • Evaluación del perfil laboral por Terapeuta Ocupacional y/o Psicólogo

FIRMA Y NOMBRE RECEPTOR

FIRMA Y NOMBRE SOLICITANTE
Nº C.I./RUT:

ANEXO 5

SOLICITUD DE ADECUACIÓN DOMICILIARIA

Solicito la adecuación de mi vivienda en relación a las secuelas presentadas posterior a haber sufrido un accidente o enfermedad profesional denunciado en ISL el pasado (dd/mm/aa) _____

% Incapacidad(PCG) COMPIN : _____ Fecha de resolución COMPIN:

Antecedentes requeridos:

- Resolución de Incapacidad COMPIN
- Certificado de Incapacidad otorgado COMPIN
- Copia Cédula de identidad vigente
- Certificado de dominio de la propiedad
- Copia de inscripción en conservador de bienes raíces
- Certificado de matrimonio (si es casado/a)
- Certificado de pago de contribuciones al día o certificado de Exención de pago de impuesto territorial
- Plano o croquis de la propiedad (puede ser solicitado en municipalidad o en Conservador de Bienes Raíces)
- Declaración jurada de autorización de modificaciones del domicilio (Si el inmueble es de un familiar, de un tercero o varios copropietarios).

INSTRUCCIONES ANEXO 5

PARA EL SOLICITANTE

1. Verifique que los datos anotados estén correctamente consignados y completos.

2. Verifique la documentación necesaria según sea el caso.
3. **La presente solicitud será gestionada con la Unidad a cargo de la tramitación del beneficio, una vez que sean aportados todos los documentos requeridos.**

SUCURSAL

1. Efectúe el llenado con la documentación a la vista, la que previamente fue requerida según lo señalado
2. Verifique que los datos sean correctos y estén completos.
3. Una vez firmado este formulario, con fecha de recepción debidamente consignada, enviar a Prestaciones médicas de su región, adjuntando los antecedentes requeridos (especialmente de la vivienda), para revisión de la documentación y posterior despacho a Prestaciones médicas de nivel central.

FIRMA Y NOMBRE RECEPTOR

FIRMA Y NOMBRE SOLICITANTE
Nº C.I./RUT:

ANEXO 6

SOLICITUD DE EVALUACIÓN, REEVALUACIÓN O REVISIÓN DE INCAPACIDAD

Primera evaluación de Incapacidad por COMPIN

Reevaluación (Nuevo accidente o Enfermedad que se agrega a secuelas de un siniestro anterior)

Revisión (Agravamiento de secuelas)

Solicitud en relación a Accidente _____ o Enfermedad profesional _____ denunciado en ISL con fecha (dd/mm/aa)_____.

En caso de reevaluación o revisión, señalar fecha de última evaluación de incapacidad: _____

Correspondiente a COMPIN _____ o COMERE_____.

Observaciones:

INSTRUCCIONES Anexo 6

PARA EL SOLICITANTE

1. Verifique que los datos anotados estén correctamente consignados y completos.

SUCURSAL

1. Verifique que los datos sean correctos y estén completos.
2. Una vez firmado este formulario, entregue una copia al solicitante que incluya la lista de chequeo de este formulario con las marcas en las casillas que correspondan a los documentos de respaldo y solicitud realizada.

FIRMA Y NOMBRE RECEPTOR

FIRMA Y NOMBRE SOLICITANTE

Nº C.I./RUT:

ANEXO 7

SOLICITUD DE DOCUMENTOS ASOCIADOS AL PAGO DE LICENCIA MÉDICA

- Liquidaciones de sueldo de 3 meses anteriores al inicio de la licencia (trabajadores privados)
- Certificado de afiliación del sistema de salud (FUN) o certificado de pago de cotizaciones (para ambos certificados se debe indicar el valor del plan en UF pactado)
- Comprobante de pago de cotizaciones (para trabajadores independientes obligatorio)
- Medio de pago, de no contar con cuenta bancaria, indicar pago cash Banco Estado.

Datos para pago de licencia médica			
Banco Estado	Cuenta RUT N°		
Banco Estado	Tipo Cuenta y N°		
Otro Banco (¿cuál?):		Cta. Cte. N°	
		Cta. Vista N°	
		Cta. Ahorro N°	

(*): En Banco Estado se puede realizar el pago en efectivo por caja. Si el pago se realiza por medio de Banco Estado, una vez que los dineros para el pago se encuentran en el Banco, hay un plazo de 60 días para cobrar, de no retirar el dinero, el Banco desactiva el pago, y esto significa que es necesario solicitar la revalidación de la operación, acción que se debe realizar en el Instituto de Seguridad Laboral.

INSTRUCCIONES Anexo 7

PARA EL SOLICITANTE

1. Verifique que los datos anotados estén correctamente consignados y completos.

SUCURSAL

1. Verifique que los datos sean correctos y estén completos.
2. Una vez firmado este formulario, entregue una copia al solicitante que incluya la lista de chequeo de este formulario con las marcas en las casillas que correspondan a los documentos de respaldo y solicitud realizada.

FIRMA Y NOMBRE RECEPTOR

FIRMA Y NOMBRE SOLICITANTE
N° C.I./RUT:

ANEXO 1

Antecedentes requeridos una vez recibida la Denuncia y que son necesarios para la Calificación de Origen

- Formulario de Denuncia Individual de Enfermedad Profesional (DIEP) o Formulario de Denuncia Individual de Accidente del Trabajo (DIAT), según corresponda. Estos formularios deben ser completados con los campos obligatorios definidos.

Antecedentes adicionales a presentar en el plazo de 5 días hábiles:

I.- Los siguientes antecedentes deberán ser requeridos tanto para DIAT como DIEP

- Copia de contrato de trabajo (a excepción de trabajadores independientes y del sector público).
 Certificado de Atención de Urgencia (en caso de que ésta ya se haya otorgado)
 Certificados médicos y/o antecedentes médicos asociados al caso (esto cuando las primeras atenciones no hayan sido otorgadas mediante prestadores médicos en convenio con el Instituto de Seguridad Laboral).
 En caso de corresponder a un trabajador independiente, emitir según corresponda Complemento DIAT trabajador independiente (anexo 1.B) o Complemento DIEP trabajador independiente (anexo 1.C).

En el caso de un dependiente que no registre cotizaciones, se debe pedir a trabajador o empleador validación de vínculo contractual (correo de validación o contrato)

II.- En caso de accidente de trayecto deben ser requeridos:

- Declaración de la Víctima de accidente de Trayecto (anexo 1.A). Información acá contenida debe ser ingresada o referida (en caso de que el trabajador se encuentre impedido físicamente) por el propio trabajador accidentado.
 Croquis o mapa que grafique lugar del accidente (se debe señalar lugar de trabajo, de la habitación del trabajador afectado y lugar donde habría ocurrido el siniestro; se debe indicar, además, las distancias aproximadas entre estos puntos y el tiempo en que debieran recorrerse estas distancias de acuerdo al medio de transporte usado).
 Copia del Registro de control de asistencia del mes en que ocurrió el accidente.
 Copia del parte de Carabineros o Constancia en caso de que existan.
 Declaración simple de testigos ya sea del accidente o hechos asociados al evento, en caso de que existan.

III.- En caso de corresponder denuncia a enfermedad, será requerido:

- Certificado de cotizaciones previsionales históricas (AFP)

NOTA: De no presentar lo requerido en el plazo de 5 días hábiles, entonces el Instituto analizará el origen del siniestro con la información disponible.

INSTRUCCIONES

PARA EL SOLICITANTE

1. Verifique que los datos anotados estén correctamente consignados y **completos**.
2. Verifique la documentación necesaria según sea el caso.

SUCURSAL

1. Efectúe el llenado con la documentación a la vista, la que previamente fue requerida conforme a las fichas técnicas de atención según el servicio de prestaciones médicas que corresponda.
2. Verifique que los datos sean correctos y estén completos.
3. Una vez firmado este formulario, entregue una copia al solicitante que incluya la lista de chequeo de este formulario con las marcas en las casillas que correspondan a los documentos de respaldo y solicitud realizada.

FIRMA Y NOMBRE RECEPTOR

FIRMA Y NOMBRE SOLICITANTE

Nº C.I./RUT:

Anexo 1.A

Declaración de la víctima de accidente de trayecto

La información acá contenida debe ser ingresada por el propio trabajador o, en caso de que se vea impedido físicamente de hacerlo, el trabajador podrá referirla para que un tercero la transcriba.

Fecha de la declaración	
Lugar en que se toma esta declaración	
Funcionario que toma la declaración	

I. INFORMACIÓN DE LA EMPRESA (llenar solo en caso de trabajadores dependientes)

Nombre empresa	
Dirección	
Teléfono	

II. INFORMACIÓN DEL TRABAJADOR (llenar con letra clara)

Nombre completo	
Cédula de identidad	
Edad	
Dirección Particular	
Teléfono	
Dirección del lugar donde concurría a trabajar el día del accidente	
Horario de trabajo del día del accidente	Hora entrada: _____ Hora salida: _____ Sin horario establecido: _____
Régimen Salud (marque con una X)	FONASA: _____ ISAPRE: _____ Ninguno: _____

III. ANTECEDENTES DEL ACCIDENTE (llenar con letra clara)

a) Fecha y hora en que ocurrió el accidente:	Fecha: _____ Hora: _____
b) Desde dónde y hacia donde se dirigía cuando ocurrió el accidente (señale la dirección exacta y a qué corresponde cada una de ellas):	
c) Describa las razones por las cuales se dirigía a dicho destino:	

<p>d) Describa detalladamente cómo ocurrió el accidente: lugar (calles, estación de metro, etc.), medio de transporte que utilizaba (transporte público, bicicleta, caminando), mecanismo causal (caída, golpe, choque, atropello, etc.) posible causa (desnivel en el piso, poca visibilidad, etc.), parte del cuerpo lesionada, y demás circunstancias que recuerde:</p>	
<p>e) Si recibió atención de urgencia en otro centro médico (público o privado), o en una consulta privada, indique el nombre del recinto o profesional, la fecha y hora de su atención y si cuenta con algún documento que la acredite (ficha de ingreso, boleta de honorarios, receta médica, etc.):</p>	
<p>f) Si existen testigos de su accidente, señale sus nombres y datos de contacto, si los conoce:</p>	
<p>g) Indique si posee un parte policial, una constancia ante carabineros, denuncia ante una compañía de seguros u otro tipo de pruebas (fotografías del lugar del accidente, boletos del medio transporte utilizado, etc.):</p>	
<p>h) Indique cuándo y cómo dio aviso a su empleador o a través de quién le informó de su accidente e identifique a la persona a quien se lo comunicó (sólo llenar en caso de que corresponda):</p>	

He sido informado que todos los antecedentes, documentos o declaraciones de testigos que posea y que acrediten mi accidente, deben ser entregados al Instituto de Seguridad Laboral, dentro del plazo de 5 días (excluyendo sábados, domingos y festivos).

Declaro que los hechos e información que forman parte de este documento son fidedignos.

Firma del Trabajador(a)**

La simulación de un accidente del trabajo puede ser sancionada y da lugar al cobro de las prestaciones indebidamente obtenidas. Ello conforme a lo establecido al efecto por el artículo 43 de la Ley N° 12.084, el que dispone que “Incurrirán en las penas establecidas en el artículo 210 del Código Penal, los que hicieren declaraciones falsas en certificados de supervivencia, de estado civil y demás que se exigen para el otorgamiento de beneficios de previsión.”

***Formulario de acuerdo a Compendio de Normas del Seguro Social de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales, libro III. Denuncia, calificación y evaluación de incapacidades permanentes, TÍTULO II Calificación de accidentes del trabajo, letra B Accidentes de trayecto, CAPÍTULO III Calificación del accidente de trayecto, número 1 Antecedentes para la calificación.**

****En el caso que un tercero fuera quien complete el documento, indicar el nombre y vínculo con el trabajador**

Anexo 1.B COMPLEMENTO DE DIAT TRABAJADOR INDEPENDIENTES

Fecha declaración: _____

1.- Describa en términos generales las tareas o servicios otorgados por usted en la actualidad

2.- A continuación se solicita describir cada servicio prestado por usted en la actualidad, describiendo en primer lugar a los cuales asigna mayor parte de su tiempo semanalmente:

(Describa una actividad por vez)

Actividad 1:

1.- Describa las tareas o servicios otorgados

2.- Para la realización de esta actividad, necesita salir a terreno?, Si la respuesta es Sí, describa los motivos, acciones y lugar donde realiza estas actividades.

3.- Señale la dirección del lugar donde desempeña su actividad laboral o servicio:

4.- Describa el horario en el cual desempeña la tarea o servicio:

Lunes	martes	miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo

Otro, describa:

Actividad 2:

1.- Describa las tareas o servicios otorgados

2.- Para la realización de esta actividad, necesita salir a terreno?, Si la respuesta es Sí, describa los motivos, acciones y lugar donde realiza estas actividades.

3.- Señale la dirección del lugar donde desempeña su actividad laboral o servicio:

4.- Describa el horario en el cual desempeña la tarea o servicio:

Lunes	martes	miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo

Otro, describa:



Nombre trabajador: _____

Nº de teléfono: _____

Correo electrónico: _____

Firma del trabajador

Anexo 1.C COMPLEMENTO DIEP TRABAJADOR INDEPENDIENTE

Fecha de declaración:

1.- Describa en detalle las molestias presentadas (síntomas, a qué lo atribuye, posibles causas)

2.- Descripción de la actividad laboral realizada:

2.a-Describa en términos generales las tareas o servicios otorgados por usted en la actualidad

2.b-Describa si ha realizado alguna tarea o servicio diferente durante los últimos seis meses

3.- A continuación se solicita describir cada servicio prestado por usted en la actualidad, describiendo en primer lugar a los cuales asigna mayor parte de su tiempo semanalmente:

(Describa una actividad por vez)

Actividad 1:

a) Describa la tarea o servicio realizado:

b) Indique nombre, rut de la empresa o institución para la cual presta el servicio y el organismo administrador de la ley a la cual está adherida esa empresa (si corresponde):

c) Indique nombre, número telefónico y correo electrónico del referente empresa donde usted presta servicios para contactar en caso de requerir realizar estudio de puesto de trabajo. **El no envío de esta información será motivo de cierre del caso por obstaculización.** En caso de no corresponder, especificar el por qué.

d) Lugar donde desempeña su trabajo; indique además si este recinto es particular o corresponde a las dependencias del contratista:

e) Si usted ejerce las tareas en las dependencias del contratista, indique si existen más personas trabajando en ese lugar:

f) Horarios disponibles para esa actividad:

g) En relación a la carga de tareas a realizar: (Marque con una X)

¿Quién determina la cantidad de servicios, productos o tareas a otorgar?	Marque con una X
Usted	
Por un tercero	
Por un tercero pero en acuerdo con usted	

h) Para realizar su trabajo, usted dispone de sus propios medios o estos son otorgados por un tercero (Herramientas, puesto de trabajo, software, etc.):

Actividad 2:

a) Describa la tarea o servicio realizado:

b) Indique nombre, rut de la empresa o institución para la cual presta el servicio y el organismo administrador de la ley a la cual está adherida esa empresa (si corresponde):

c) Indique nombre, número telefónico y correo electrónico del referente empresa donde usted presta servicios para contactar en caso de requerir realizar estudio de puesto de trabajo. **El no envío de esta información será motivo de cierre del caso por obstaculización.** En caso de no corresponder, especifique el por qué.

d) Lugar donde desempeña su trabajo; indique además si este recinto es particular o corresponde a las dependencias del contratista:

e) Si usted ejerce las tareas en las dependencias del contratista, indique si existen más personas trabajando en ese lugar:

f) Horarios disponibles para esa actividad:

g) En relación a la carga de tareas a realizar: (Marque con una X)

¿Quién determina la cantidad de servicios, productos o tareas a otorgar?	Marque con una X
Usted	
Por un tercero	
Por un tercero pero en acuerdo con usted	

h) Para realizar su trabajo, usted dispone de sus propios medios o estos son otorgados por un tercero (Herramientas, puesto de trabajo, software, etc.):



Nombre del trabajador:

Nº de teléfono:

Correo electrónico:

Firma del trabajador



FORMULARIO DE ADVERTENCIA - TRABAJADORES DEPENDIENTES

Seguro Social Ley N° 16.744 sobre Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales

Fecha: __/__/

Yo, _____, RUT _____, trabajador de la empresa, _____, declaro que previo a recibir atención médica por la dolencia de origen presuntamente laboral, he sido advertido que en caso que mi accidente o enfermedad no sea calificado como de origen laboral, deberé pagar el valor de las prestaciones que se me otorguen conforme a la cobertura de mi sistema de salud común (FONASA o ISAPRE).

Previsión: _____

- a) Ante la consulta si deseo ser notificado electrónicamente de la documentación relacionada a las presentes atenciones, como las eventuales futuras y, en general, de cualquier comunicación o decisión de la que deba ser notificado con motivo del otorgamiento de las prestaciones médicas o económicas a que tenga derecho, mi respuesta es:

SI ____ NO ____

Las que podrán ser remitidas al siguiente correo electrónico: _____

N° de teléfono: _____

Es mi responsabilidad mantener actualizada la dirección de este correo electrónico e informar oportunamente mi voluntad de revocar este consentimiento o cualquier circunstancia que impida o dificulte la notificación por esta vía.

Firma trabajador	Firma funcionario admisión



FORMULARIO DE ADVERTENCIA - TRABAJADORES INDEPENDIENTES

Seguro Social Ley N° 16.744 sobre Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales

Fecha: __/__/

- Trabajador Independiente obligado, que declara renta según Artículo 42, N° 2 de la Ley sobre Impuesto a la Renta, señalados en el Art. 88 de la Ley N° 20.255.
- Trabajador Independiente voluntario, que NO declara renta según Artículo 42, N° 2 de la Ley sobre Impuesto a la Renta, señalados en el Art. 89 de la Ley N° 20.255.

Datos del Trabajador

Nombre Completo:			
Rut:			
N° de teléfono:		Correo electrónico	

El trabajador individualizado, declara que previo a recibir atención médica por la dolencia de origen presuntamente laboral, ha sido advertido que:

- a) En caso de que no cumpla los requisitos para acceder a las prestaciones del Seguro de la Ley N°16.744, deberé pagar el valor de las prestaciones que se me otorguen conforme a la cobertura del sistema de salud común al que me encuentro afiliado (FONASA o ISAPRE)

Previsión: _____

- b) En caso de NO cotizar para algún sistema de salud común, los costos asociados a la atención médica deberán ser financiados en forma particular.
- c) Ante la consulta si deseo ser notificado electrónicamente de la documentación relacionada a las presentes atenciones, como las eventuales futuras y, en general, de cualquier comunicación o decisión de la que deba ser notificado con motivo del otorgamiento de las prestaciones médicas o económicas a que tenga derecho, mi respuesta es:
SI____ NO____

Es mi responsabilidad mantener actualizada la dirección de este correo electrónico e informar oportunamente mi voluntad de revocar este consentimiento o cualquier circunstancia que impida o dificulte la notificación por esta vía.

Firma trabajador independiente	Firma funcionario admisión