

DENUNCIA INDIVIDUAL DE ACCIDENTE DEL TRABAJO (DIAT)

Código del Caso

Fecha de Emisión

Folio:

A. Identificación del Empleador

<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Nombre o Razón Social		RUT	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Dirección (Calle, N°, Depto., Población, Villa, Ciudad)		Comuna	Número de Teléfono
<input type="text"/>		<input type="checkbox"/> Hombres <input type="checkbox"/> Mujeres	<input type="checkbox"/> Pública <input type="checkbox"/> Privada
Actividad Económica		N° de Trabajadores	Propiedad de la Empresa
<input type="checkbox"/> Principal <input type="checkbox"/> Contratista <input type="checkbox"/> Subcontratista <input type="checkbox"/> De Servicios Transitorios		Si es Contratista o Subcontratista, señale actividad económica empresa principal:	
Tipo de Empresa			

B. Identificación del Trabajador/a

<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Nombres - Apellido Paterno - Apellido Materno		RUN	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Dirección (Calle, N°, Depto., Población, Villa, Ciudad)		Comuna	Número de Teléfono
<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	<input type="text"/>	Señale si el trabajador pertenece o no a un pueblo originario:	
Sexo	Edad	Fecha de Nacimiento	<input type="checkbox"/> Alacalufe <input type="checkbox"/> Colla <input type="checkbox"/> Quechua <input type="checkbox"/> Otro - Cuál ?
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Atacameño <input type="checkbox"/> Diaguita <input type="checkbox"/> Rapanui
Nacionalidad	Profesión u Oficio		
<input type="checkbox"/> Días <input type="checkbox"/> Meses <input type="checkbox"/> Años	<input type="checkbox"/> Indefinido <input type="checkbox"/> Plazo Fijo <input type="checkbox"/> Por Obra o Faena <input type="checkbox"/> Temporada		Tipo de Ingreso:
Antigüedad en la Empresa	Tipo de Contrato		<input type="checkbox"/> Remuneración Fija
<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		<input type="checkbox"/> Remuneración Variable	
Categoría Ocupacional		<input type="checkbox"/> Honorarios	

C. Datos del Accidente

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fecha del Accidente	Hora del Accidente	Hora de Ingreso al Trabajo	Hora de Salida del Trabajo
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Dirección (Calle, N°, Depto., Población, Villa, Ciudad)		Comuna	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
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, área, etc.):	
<input type="text"/>			
Describa ¿Qué pasó o cómo ocurrió el accidente?:			
<input type="text"/>			
Señale cuál era su trabajo habitual:		¿Al momento del accidente desarrollaba su trabajo habitual? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Clasificación del Accidente (Artículo 76 - Ley 16.744): <input type="checkbox"/> Grave <input type="checkbox"/> Fatal <input type="checkbox"/> Otro		Tipo de accidente de Trayecto: <input type="checkbox"/> Domicilio - Trabajo <input type="checkbox"/> Trabajo - Domicilio <input type="checkbox"/> Entre dos Trabajos	
Tipo de Accidente: <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Trayecto		Si es accidente de Trayecto, responda:	
<input type="checkbox"/> Parte de Carabineros <input type="checkbox"/> Declaración <input type="checkbox"/> Testigos <input type="checkbox"/> Otro		<input type="text"/>	
Medio de Prueba		Detalle del Medio de Prueba	

D. Identificación del Denunciante

<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Nombres - Apellido Paterno - Apellido Materno		RUN	
<input type="text"/>		<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	
..... Firma			

INSTRUCCIONES PARA LLENAR EL FORMULARIO DIAT

ENCABEZAMIENTO

- Código del Caso: Debe ser asignado por el respectivo Administrador del Seguro de la Ley 16.744.
- Fecha de Emisión: Anote el día, mes y año en que está llenando este formulario DIAT(día-mes-año).
- Folio de la DIAT: Debe ser asignado por el respectivo Administrador del Seguro de la Ley 16.744.

A. IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR

1. Nombre o Razón Social: Anote los datos de la entidad empleadora o empleador del trabajador/a accidentado/a (evite el uso de siglas y abreviaturas).
2. RUT: Anote el RUT de la entidad empleadora o empleador.
3. Dirección (Calle, N°, Depto., Población, Villa, Ciudad): Anote el domicilio oficial de la entidad empleadora o de la casa matriz. Responda según el detalle y en el orden solicitado.
4. Comuna: Anote la comuna en que se encuentra el domicilio oficial de la entidad empleadora.
5. Número de teléfono. Anote el número telefónico del domicilio oficial de la entidad empleadora, anteponga el código de la ciudad o celular, según corresponda.
6. Actividad Económica: Señale qué actividad desarrolla la entidad empleadora. Anote en el casillero en blanco.
7. N° de Trabajadores: Señale cuántos Hombres y cuántas Mujeres trabajan en la empresa. Anote en el cuadro respectivo.
8. Propiedad de la Empresa: Marque con una x si es entidad empleadora pública o privada.
9. Tipo de Empresa: Marque con una x si es Principal, Contratista, Subcontratista o de Servicios Transitorios.
10. Si es contratista o subcontratista, señale la actividad que desarrolla la empresa principal. Anote en el espacio en blanco.

B. IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR/A

11. Nombres, Apellido Paterno y Apellido Materno: Anote los datos del trabajador/a accidentado/a, según el orden solicitado.
12. RUN: Anote el RUN o RUT del trabajador/a accidentado/a.
13. Dirección (Calle, N°, Depto., Población, Villa, Ciudad): Anote los datos del domicilio del trabajador/a accidentado/a. Responda según el detalle y en el orden solicitado.
14. Comuna: Anote la comuna que corresponde a la dirección del trabajador/a accidentado/a.
15. Número de teléfono: Anote el número telefónico del trabajador/a accidentado/a, anteponga el código de la ciudad o celular, según corresponda.
16. Sexo: Marque con una x el casillero que corresponda al sexo del trabajador/a accidentado/a.
17. Edad: Anote la edad en años cumplidos a la fecha del accidente, del trabajador/a accidentado/a.
18. Fecha de Nacimiento: Señale el día, mes y año de nacimiento del trabajador/a accidentado/a (día-mes-año).
19. Pueblo originario: Marque con una x el casillero correspondiente al pueblo originario al que pertenece el trabajador/a accidentado/a. Si no pertenece a alguno, marque una x en Ninguno.
20. Nacionalidad: Anote la nacionalidad del trabajador/a accidentado/a.
21. Profesión u Oficio: Anote en el casillero en blanco la profesión u oficio del trabajador/a accidentado/a.
22. Antigüedad en la Empresa: Anote el número de años, meses o días que llevaba desempeñándose el Trabajador/a, en la empresa cuando se accidentó. Marque con una x el recuadro respectivo.
23. Tipo de Contrato: Marque con una x el casillero que corresponda al contrato del trabajador/a accidentado/a.
24. Tipo de ingreso: Marque con una x el casillero que corresponda al tipo de ingreso que percibe el trabajador/a accidentado/a.
25. Categoría Ocupacional: Marque con una x el casillero que corresponda a la categoría ocupacional del trabajador/a accidentado/a.

C. DATOS DEL ACCIDENTE

26. Fecha del Accidente: Anote el día, mes y año en que ocurrió el accidente (día-mes-año).
27. Hora del Accidente: Anote la hora en que ocurrió el accidente en el recuadro, y marque con una x el recuadro AM o PM, según corresponda.
28. Hora de Ingreso al Trabajo: Anote la hora a la que el trabajador/a accidentado/a registró su ingreso al trabajo.
29. Hora Salida del Trabajo: Anote la hora a la que el trabajador/a accidentado/a registró su salida del trabajo.
30. Dirección del accidente (Calle, N°, Depto., Población, Villa, Ciudad): Anote la dirección donde ocurrió el accidente. Responda según el detalle y en el orden solicitado.
31. Comuna: Anote la comuna en que se encuentra la dirección en que ocurrió el accidente.
32. Señale qué estaba haciendo el trabajador al momento o justo antes del accidente. Anote en el espacio en blanco.
33. Señale el lugar donde ocurrió el accidente: Indicar el nombre de la sección, edificio, área, o si fue en el traslado hacia o desde su casa al trabajo u otro lugar, etc. Anote en el espacio en blanco.
34. Describa ¿Qué pasó o cómo ocurrió el accidente? Anote en el espacio en blanco.
35. Señale cuál era el trabajo habitual del trabajador/a accidentado/a. Anote en el espacio en blanco
36. Señale si al momento del accidente el trabajador/a accidentado/a desarrollaba su trabajo habitual.? Marque con una x el casillero que corresponda, sí o no.
37. Clasificación del Accidente: Marque con una x si corresponde a un accidente calificado como "grave" o "fatal" (según inciso cuarto del art.76 de la Ley 16.744), si no está dentro de la definición en la respectiva circular, marque "otro".
38. Tipo de Accidente: Marque con una x si es un accidente del Trabajo o de Trayecto, según corresponda.
39. En caso de tratarse de un Accidente de Trayecto, marque con una x el tipo de Accidente de Trayecto de que se trata. Marque con una x el Medio de Prueba que se presenta, anote detalles del Medio de Prueba en el recuadro adjunto (ej. nombre del testigo).

D. IDENTIFICACIÓN DEL DENUNCIANTE

40. Nombres, Apellido Paterno y Apellido Materno: Anote los datos de la persona que extiende la denuncia o Denunciante, en el orden solicitado.
41. RUN: RUN o RUT de la persona que extiende la denuncia o Denunciante.
42. Número de teléfono: Anote el número de teléfono del Denunciante, anteponga el código de la ciudad o de celular, según corresponda.
43. Clasificación del denunciante o persona que extiende la denuncia, según Ley 16.744: Marque con una x el casillero que corresponda al tipo de Denunciante que se trata, puede ser el empleador o su representante, el propio trabajador/a accidentado/a, un familiar del trabajador/a accidentado/a, el Comité Paritario del lugar de trabajo del trabajador/a accidentado/a, el médico tratante, la empresa usuaria cuando se trate de un trabajador de una empresa de servicios transitorios u "otro", en caso de que se trate de una persona que tomó conocimiento del hecho y no está en esa lista.
44. Firma: La persona que denuncia debe firmar el formulario.