



Agregamos valor,
protegiendo a las
personas

Ayuda para la correcta confección de Diat/Diep

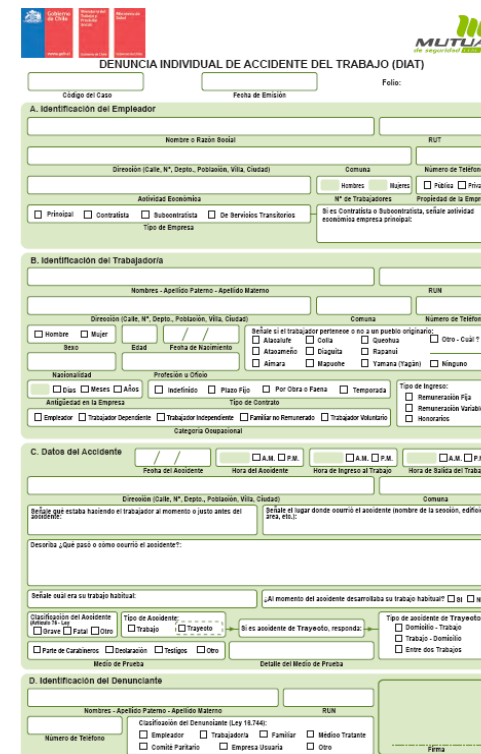
Mutual de Seguridad CChC

Santiago, Enero 2013

Es un documento legal mediante el cual se deben denunciar los accidentes o enfermedades profesionales

❖ Diat/Diep empresa

❖ Diat/Diep Trabajador



DENUNCIA INDIVIDUAL DE ACCIDENTE DEL TRABAJO (DIAT)

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: _____

Hombres: Mujeres: Niños:

Actividad Económica: _____ Nº de Trabajadores: _____ Propiedad de la Empresa: _____

Proprietario Contratista Subcontratista De Servicios Transitorios Si es Contratista o Subcontratista, señale actividad económica empresa principal: _____

Tipo de Empresa: _____

B. Identificación del Trabajador

Nombre - Apellido Paterno - Apellido Materno: _____ RUN: _____

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

Sexo: Hombre Mujer Edad: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Señale el trabajador parturero o no a sus puértilos originarios: Absoluto Cota Quencha Otro - Cuál? _____

Nacionalidad: _____ Profesión u Oficio: _____ Tipo de Ingreso: Remunerable Fija Remunerable Variable Honorarios

Ocas Meses Años Indefinido Pazo Fijo Per Obrero o Fama Temporaria Remunerable Fija Remunerable Variable Honorarios

Antigüedad en la Empresa: _____ Tipo de Contrato: _____

Empleado Trabajador Dependiente Trabajador Independiente Familiar no Remunerado Trabajador Voluntario Honorarios

Categoría Ocupacional: _____

C. Datos del Accidente

Fecha del Accidente: ____/____/____ Hora del Accidente: ____:____:____ Hora de Ingreso al Trabajo: ____:____:____ Hora de Salida del Trabajo: ____:____:____

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

¿Dónde estaba haciendo el trabajador al momento o justo antes del accidente? _____ Señale el lugar donde ocurrió el accidente (nombre de la sesión, edificio, sala, 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: Grave Fatal Otro Trabajo Trayecto Si es accidente de Trayecto, responda: _____ Tipo de accidente de Trayecto: Descimiento - Trabajo Trabajo - Descimiento Entre dos trabajos

Método de Prueba: _____ Detalle del Método de Prueba: _____

D. Identificación del Denunciante

Nombre - Apellido Paterno - Apellido Materno: _____ RUN: _____

Clasificación del Denunciante Ley 18.746: Empleado Trabajadora Familiar Médico Tratante Comité Particular Empresa Usuaria Otro _____

Número de Teléfono: _____ Firma: _____

Denuncia individual de Accidente del Trabajo o Enfermedad profesional(Diat/Diep)



¿Qué es la DIAT?

Es un documento legal mediante el cual se deben denunciar todos aquellos Accidentes del Trabajo, ante el Organismo Administrador Ley 16.744 (Mutual).

¿Qué es la DIEP?

Es un documento legal, mediante el cual se deben denunciar todas aquellas Enfermedades Profesionales presumiblemente laborales, ante el Organismo Administrador Ley 16.744 (Mutual).

DENUNCIA INDIVIDUAL DE ACCIDENTE DEL TRABAJO (DIAT)

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

A. Identificación del Empleador

Nombre o Razón Social: _____ RUT: _____

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

Actividad Económica: _____ Hombres: Mujeres: Pábulos: Privado: Propiedad de la Empresa: _____

Principal Contratista Subcontratista De Servicios Transitorios Si es Contratista o Subcontratista, señale actividad económica empresa principal: _____

B. Identificación del Trabajador/a

Nombres - Apellido Paterno - Apellido Materno: _____ RUN: _____

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

Hombre Mujer Sexo: _____ Edad: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Beñale si el trabajador pertenece o no a un pueblo originario: Akaesufe Colla Quechua Otro - Cuál? _____

Akaesufe Diaguita Rapanai Aymara Mapuche Yamana (Yagán) Ninguno

Nacionalidad: _____ Profesión u Oficio: _____

Días Meses Años Indefinido Plazo Fijo Por Obra o Faena Temporada Tipo de Ingreso: _____

Antigüedad en la Empresa: _____ Tipo de Contrato: _____ Remuneración Fija Remuneración Variable Honorarios

Empleador Trabajador Dependiente Trabajador Independiente Familiar no Remunerado Trabajador Voluntario

Categoría Ocupacional: _____

C. Datos del Accidente

Fecha del Accidente: _____ Hora del Accidente: _____ Hora de Ingreso al Trabajo: _____ Hora de Salida del Trabajo: _____

Dirección (Calle, N°, Depto., Población, Vía, Ciudad): _____ Comuna: _____

Beñale qué estaba haciendo el trabajador al momento o justo antes del accidente: _____ Beñale el lugar donde ocurrió el accidente (nombre de la sesión, edificio, vía, etc.): _____

Describe ¿Qué pasó o cómo ocurrió el accidente?: _____

Beñale cuál era su trabajo habitual: _____ ¿Al momento del accidente desarrollaba su trabajo habitual? Si No

Clasificación del Accidente (según Ley 16.744): Grave Fata Otro Tipo de Accidente: Trabajo Tránsito

Si es accidente de Tránsito, responda: _____ Tipo de accidente de Tránsito: Dominio - Trabajo Trabajo - Dominio Entre dos Trabajos

Parte de Carabineros Declaración Testigos Otro Medio de Prueba: _____ Detalle del Medio de Prueba: _____

D. Identificación del Denunciante

Nombres - Apellido Paterno - Apellido Materno: _____ RUN: _____

Número de Teléfono: _____ Clasificación del Denunciante (Ley 16.744): Empleador Trabajador/a Familiar Medio Tratante Comité Paritario Empresa Usaria Otro

Fecha: _____

Denuncia individual de Accidente del Trabajo o Enfermedad profesional (Diat/Diep)



¿Cuál es su Importancia?

Tiene por objetivo poner en conocimiento de Mutual la ocurrencia de un siniestro presumiblemente de origen laboral y de dar inicio al otorgamiento de las prestaciones de la Ley N° 16.744. Corresponderá a Mutual, determinar el origen laboral o común del accidente.

DENUNCIA INDIVIDUAL DE ACCIDENTE DEL TRABAJO (DIAT)

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

A. Identificación del Empleador

Nombre o Razon Social: _____ RUT: _____

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

Actividad Económica: _____ Hombres: _____ Mujeres: _____ Pública Privada

Principal Contratista Subcontratista De Servicios Transitorios

Tipo de Empresa: _____

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

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

B. Identificación del Trabajador/a

Nombres - Apellido Paterno - Apellido Materno: _____ RUN: _____

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

Hombre Mujer

Edad: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Sexo: _____

Señale si el trabajador pertenece o no a un pueblo originario: Ailaculufe Colla Quechua Otro - Cuál? _____

Aboaméño Diaguita Rapanui Aymara Mapuche Yamana (Yagán) Ninguno

Nacionalidad: _____ Profesión u Oficio: _____

Día Meses Años

Indefinido Plazo Fijo Por Obra o Paena Temporada

Antigüedad en la Empresa: _____ Tipo de Contrato: _____

Empleador Trabajador Dependiente Trabajador Independiente Familiar no Remunerado Trabajador Voluntario

Categoría Ocupacional: _____

Tipo de Ingreso: Remuneración Fija Remuneración Variable Honorarios

C. Datos del Accidente

Fecha del Accidente: _____ Hora del Accidente: _____ Hora de Ingreso al Trabajo: _____ Hora de Salida del Trabajo: _____

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, área, etc.): _____

Describe ¿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 73 - Ley 16.744): Grave Fatal Otro

Tipo de Accidente: Trabajo Trayecto

Si es accidente de Trayecto, responde: _____

Tipo de accidente de Trayecto: Domicilio - Trabajo Trabajo - Domicilio Entre dos Trabajos

Parte de Carabineros Destaración Testigos Otro

Medio de Prueba: _____ Detalle del Medio de Prueba: _____

D. Identificación del Denunciante

Nombres - Apellido Paterno - Apellido Materno: _____ RUN: _____

Número de Teléfono: _____

Clasificación del Denunciante (Ley 16.744): Empleador Trabajador/a Familiar Medio Tratante Comité Paritario Empresa Usuaria Otro

Firma: _____

Denuncia individual de Accidente del Trabajo (DIAT)



¿Cuándo se debe emitir la DIAT a Mutual?

Artículo 71 Decreto Supremo N° 101

a) Los trabajadores que sufran un accidente del trabajo o de trayecto deben ser enviados, para su atención, por la entidad empleadora, inmediatamente de tomar conocimiento del siniestro, al establecimiento asistencial del organismo administrador que le corresponda.

b) La entidad empleadora deberá presentar en el organismo administrador al que se encuentra adherida o afiliada, la correspondiente "Denuncia Individual de Accidente del Trabajo" (DIAT), debiendo mantener una copia de la misma. Este documento deberá presentarse con la información que indica su formato y en un plazo no superior a **24 horas** de conocido el accidente.

DENUNCIA INDIVIDUAL DE ACCIDENTE DEL TRABAJO (DIAT)

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: [] Niños: [] Privado: []

N° de Trabajadores: [] Propiedad de la Empresa: []

Principal Contratista Subcontratista De Servicios Transitorios

Tipo de Empresa: [] Si es Contratista o Subcontratista, señale actividad económica empresa principal: []

B. Identificación del Trabajador/a

Nombres - Apellido Paterno - Apellido Materno: [] RUN: []

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

Hombre Mujer

Sexo: [] Edad: [] Fecha de Nacimiento: [] Señale si el trabajador pertenece o no a un pueblo originario: Aikeche Colla Quechua Otro - Cuál?: []

Nacionalidad: [] Profesión u Oficio: [] Aymara Mapuche Yamana (Yagán) Ninguno

Día Meses Años Indefinido Plazo Fijo Por Obra o Faena Temporada

Antigüedad en la Empresa: [] Tipo de Contrato: [] Tipo de Ingreso: Remuneración Fija Remuneración Variable Honorarios

Empleador Trabajador Dependiente Trabajador Independiente Familiar no Remunerado Trabajador Voluntario

Categoría Ocupacional: []

C. Datos del Accidente

Fecha del Accidente: [] Hora del Accidente: [] Hora de Ingreso al Trabajo: [] Hora de Salida del Trabajo: []

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, área, 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 78 - Ley 16.744): Grave Fatal Otro

Tipo de Accidente: Trabajo Trayecto

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

Parte de Carabineros Destacaración Testigos Otro

Medio de Prueba: [] Detalle del Medio de Prueba: []

D. Identificación del Denunciante

Nombres - Apellido Paterno - Apellido Materno: [] RUN: []

Número de Teléfono: [] Clasificación del Denunciante (Ley 16.744): Empleador Trabajadora Familiar Médico Tratante Comité Paritario Empresa Usuaria Otro

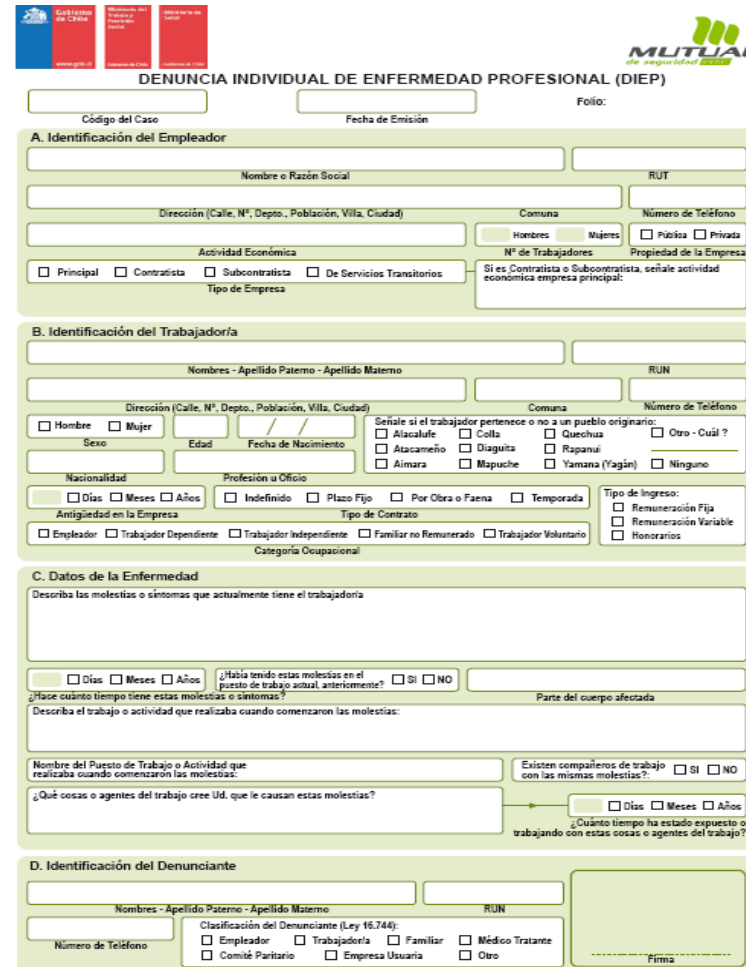
Firma: []

Denuncia Individual de Enfermedad Profesional (DIEP)

¿Cuándo se debe enviar la DIEP a Mutual?

Artículo 72 letra c Decreto Supremo N° 101

“Si un trabajador manifiesta ante su entidad empleadora que padece de una enfermedad o presenta síntomas que presumiblemente tienen un origen profesional, el empleador deberá emitir la correspondiente “Denuncia Individual de Enfermedad Profesional” (DIEP), **a más tardar dentro del plazo de 24 horas y enviar al trabajador inmediatamente de conocido el hecho, para su atención al establecimiento asistencial del respectivo organismo administrador”.**



DENUNCIA INDIVIDUAL DE ENFERMEDAD PROFESIONAL (DIEP)

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:

Principal Contratista Subcontratista De Servicios Transitorios N° de Trabajadores: _____ Propiedad de la Empresa: _____

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

B. Identificación del Trabajador/a

Nombres - Apellido Paterno - Apellido Materno: _____ RUN: _____

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

Sexo: Hombre Mujer Edad: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Señale si el trabajador pertenece o no a un pueblo originario: Alacalufe Colla Quechua Otro - Cuál?

Nacionalidad: _____ Profesión u Oficio: _____ Aymara Diaguita Rapanui Mapuche Yamana (Yagán) Ninguno

Días Meses Años Indefinido Plazo Fijo Por Obra o Faena Temporada Tipo de Ingreso: Remuneración Fija Remuneración Variable Honorarios

Antigüedad en la Empresa: _____ Tipo de Contrato: _____

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

C. Datos de la Enfermedad

Describa las molestias o síntomas que actualmente tiene el trabajador/a: _____

Días Meses Años ¿había tenido estas molestias en el puesto de trabajo actual, anteriormente? SI NO

¿Hase cuánto tiempo tiene estas molestias o síntomas? _____ Parte del cuerpo afectada: _____

Describa el trabajo o actividad que realizaba cuando comenzaron las molestias: _____

Nombre del Puesto de Trabajo o Actividad que realizaba cuando comenzaron las molestias: _____ Existen compañeros de trabajo con las mismas molestias? SI NO

¿Qué cosas o agentes del trabajo cree Ud. que le causan estas molestias? _____

Días Meses Años ¿Cuánto tiempo ha estado expuesto o trabajando con estas cosas o agentes del trabajo? _____

D. Identificación del Denunciante

Nombres - Apellido Paterno - Apellido Materno: _____ RUN: _____

Número de Teléfono: _____ Clasificación del Denunciante (Ley 16.744): Empleador Trabajador/a Familiar Médico Tratante Comité Paritario Empresa Usuaria Otro

Firma: _____

Denuncia individual de Accidente del Trabajo o enfermedad Profesional (Diat/Diep)



¿Quiénes pueden denunciar los accidentes del trabajo o enfermedades profesionales?

Además de las personas obligadas por ley, artículo 76 de la Ley N° 16.744 (entidad empleadora, accidentado o enfermo o sus derecho habientes, médico tratante, Comité Paritario de Higiene y Seguridad), también pueden denunciar un siniestro laboral cualquier persona que haya tenido conocimiento de los hechos

DENUNCIA INDIVIDUAL DE ACCIDENTE DEL TRABAJO (DIAT)

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: [] Píblica: [] Privada: []

N° de Trabajadores: [] Propiedad de la Empresa: []

Principal Contratista Subcontratista De Servicios Transitorios

Tipo de Empresa: [] Si es Contratista o Subcontratista, señale actividad económica empresa principal: []

B. Identificación del Trabajador/a

Nombres - Apellido Paterno - Apellido Materno: [] RUN: []

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

Hombre Mujer Sexo: [] Edad: [] Fecha de Nacimiento: []

Señale si el trabajador pertenece o no a un pueblo originario: Otro - ¿cuál?: []

Aysará Colla Quechua Aymara Mapuche Yamana (Yagán) Ninguno

Nacionalidad: [] Profesión u Oficio: []

Días Meses Años Indefinido Plazo Fijo Por Obra o Faena Temporada

Antigüedad en la Empresa: [] Tipo de Contrato: []

Empleador Trabajador Dependiente Trabajador Independiente Familiar no Remunerado Trabajador Voluntario

Categoría Ocupacional: []

C. Datos del Accidente

Fecha del Accidente: [] Hora del Accidente: [] Hora de Ingreso al Trabajo: [] Hora de Salida del Trabajo: []

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

Señale que 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.): []

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 (Ley 16.744): Grave Fatal Otro

Tipo de Accidente: Trabajo Trayecto

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

Parte de Carabineros Declaración Testigos Otro

Medio de Prueba: [] Detalle del Medio de Prueba: []

D. Identificación del Denunciante

Nombres - Apellido Paterno - Apellido Materno: [] RUN: []

Número de Teléfono: []

Clasificación del Denunciante (Ley 16.744): Empleador Trabajador/a Familiar Médico Tratante Comité Paritario Empresa Usuaría Otro

Firma: []

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 se 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

<input type="text"/>		<input type="text"/>
Nombre o Razón Social		RUT
<input type="text"/>		<input type="text"/>
Dirección (Calle, N°, Depto., Población, Villa, Ciudad)		Número de Teléfono
<input type="text"/>		<input type="text"/>
<input type="text"/>		<input type="text"/>
Actividad Económica		Comuna
<input type="text"/>		<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Hombres <input type="checkbox"/> Mujeres		<input type="checkbox"/> Pública <input type="checkbox"/> Privada
N° de Trabajadores		Propiedad de la Empresa
<input type="text"/>		<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Principal <input type="checkbox"/> Contratista <input type="checkbox"/> Subcontratista <input type="checkbox"/> 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		RUT	
Dirección (Calle, N°, Depto., Población, Villa, Ciudad)		Comuna	Número de Teléfono
<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	Edad	Fecha de Nacimiento	
Sexo		Fecha de Nacimiento	
Nacionalidad		Profesión u Oficio	
Antigüedad en la Empresa		Tipo de Contrato	
Categoría Ocupacional		Tipo de Ingreso:	

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)



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.

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: Tipo de accidente de Trayecto: Domicilio - Trabajo Trabajo - Domicilio Entre dos Trabajos

Medio de Prueba: Parte de Carabineros Declaración Testigos Otro

Detalle del Medio de Prueba:

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)



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 Pública Privada

N° de Trabajadores Propiedad de la Empresa

Principal Contratista Subcontratista De Servicios Transitorios

Tipo de Empresa

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

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)



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

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

Hombre Mujer

Sexo

Edad Fecha de Nacimiento

Alacalufe Colla Quechua Otro - Cuál ?
 Atacameño Diaguita Rapanui
 Aimara Mapuche Yamana (Yagán) Ninguno

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

Nacionalidad Profesión u Oficio

Antigüedad en la Empresa Tipo de Contrato

Empleado Trabajador Dependiente Trabajador Independiente Familiar no Remunerado Trabajador Voluntario

Categoría Ocupacional

Tipo de Ingreso:
 Remuneración Fija
 Remuneración Variable
 Honorarios

Relatar brevemente como le ocurrió el accidente.

Describe brevemente trabajo o actividad realizaba el trabajador/a cuando comenzaron las molestias.

Anotar detalle del medio de prueba, ejemplo nombre del testigo

Anotar parte del cuerpo que presenta las molestias

C. Datos de la Enfermedad

Describe las molestias o síntomas que actualmente tiene el trabajador/a

Días Meses Años

¿Había tenido estas molestias en el puesto de trabajo actual, anteriormente? SI NO

¿Hace cuánto tiempo tiene estas molestias o síntomas?

Parte del cuerpo afectada

Describe el trabajo o actividad que realizaba cuando comenzaron las molestias:

Nombre del Puesto de Trabajo o Actividad que realizaba cuando comenzaron las molestias:

Existen compañeros de trabajo con las mismas molestias?: SI NO

¿Qué cosas o agentes del trabajo cree Ud. que le causan estas molestias?

¿Cuánto tiempo ha estado expuesto o trabajando con estas cosas o agentes del trabajo?

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"/>	Clasificación del Denunciante (Ley 16.744): <input type="checkbox"/> Empleado <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
Número de Teléfono	
<input type="text"/> Firma	