



## 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.



## DENUNCIA INDIVIDUAL DE ACCIDENTE DEL TRABAJO (DIAT)

**Código del Caso**  
Uso interno IST

**Fecha de Emisión**

**Folio:**

Uso interno IST

### 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
<input type="text"/>		<input type="text"/>
Actividad Económica		Número de Teléfono
<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="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 principa
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
<input type="text"/>		<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer		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
<input type="checkbox"/> Edad <input type="text"/> Fecha de Nacimiento		
<input type="text"/> Nacionalidad <input type="text"/> Profesión u Oficio		
<input type="checkbox"/> Días <input type="checkbox"/> Meses <input type="checkbox"/> Años		Tipo de Ingreso: <input type="checkbox"/> Remuneración Fija <input type="checkbox"/> Remuneración Variable <input type="checkbox"/> Honorarios
<input type="checkbox"/> Indefinido <input type="checkbox"/> Plazo Fijo <input type="checkbox"/> Por Obra o Faena <input type="checkbox"/> Temporada		
Antigüedad en la Empresa		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

### C. Datos del Accidente

<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> A.M. <input type="checkbox"/> P.M.	<input type="checkbox"/> A.M. <input type="checkbox"/> P.M.	<input type="checkbox"/> A.M. <input type="checkbox"/> P.M.
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	
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: <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Trayecto	
<input type="checkbox"/> Parte de Carabineros <input type="checkbox"/> Declaración <input type="checkbox"/> Testigos <input type="checkbox"/> Otro		Si es accidente de Trayecto, responda: <input type="checkbox"/> Domicilio - Trabajo <input type="checkbox"/> Trabajo - Domicilio <input type="checkbox"/> Entre dos Trabajos	
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 Usuaria <input type="checkbox"/> Otro
		<input type="text"/> Firma