

# TELETRABAJO:

## ¿QUÉ HACER EN CASO DE ACCIDENTES EN CASA?

**INSTITUTO DE SEGURIDAD LABORAL – ISL –  
Ministerio del Trabajo y Previsión Social**



## ES IMPORTANTE SABER ¿QUÉ SON LOS ACCIDENTES DE TRABAJO BAJO LA MODALIDAD DE TELETRABAJO?

### Accidente del Trabajo

Es toda lesión que sufra un trabajador a causa o con ocasión del trabajo, y que le produzca incapacidad o muerte.

Están afectos, los trabajadores que se desempeñan en virtud de un contrato de trabajo celebrado bajo la modalidad a distancia, tienen la cobertura del Seguro de la Ley N° 16.744, por los accidentes que se produzcan a causa o con ocasión de las labores que efectúen en virtud de dicho contrato.

**Ley N°16.744 ante accidentes de trabajo y enfermedades profesionales**



## ES IMPORTANTE SABER: ¿QUÉ SON Y ALGUNOS EJEMPLOS DE ACCIDENTES DOMÉSTICOS?.

### ¿Qué son los Accidentes Domésticos?

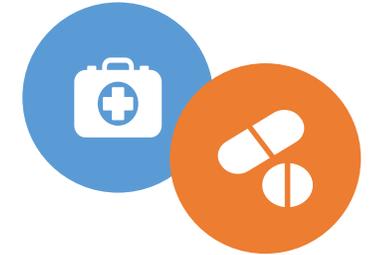
*Son todos los accidentes producidos en la vivienda mientras realizas actividades propias del hogar.*

Accidente que **no se produzca a causa o con ocasión del trabajo**, es decir, que no ocurra de forma directa, o bien, indirecta o mediata pero en todo caso indubitable.

Así por ejemplo, aquellos siniestros que ocurran mientras el trabajador efectúa los quehaceres del hogar, como labores de limpieza, cocina, reparaciones u otros de similar índole, podrían estimarse como accidentes domésticos que no gozan de la cobertura del Seguro de la Ley N°16.744.

### Ejemplos:

- Cortarse preparando almuerzo.
- Caerse limpiando un mueble que está fuera de nuestro alcance (al subirse en un piso)
- Salir de casa a comprar, caerse y golpearse con la vereda.



# ¿QUÉ HACER SI TIENES UN ACCIDENTE EN TU CASA Y QUE NO SEA ACCIDENTE DOMÉSTICO?

## PARA FORMALIZAR LA DENUNCIA DE UN ACCIDENTE

El empleador(a) debe enviar la siguiente documentación al Instituto de Seguridad Laboral:

- Formulario Denuncia Individual de Accidente del Trabajo (DIAT).
- Fotocopia del contrato de trabajo actualizado (esto en el caso de trabajador dependiente que no sea funcionario(a) público o trabajador independiente).
- Solo en caso que exista, además debe entregar el Certificado de Atención de Urgencia del lugar donde el trabajador(a) recibió la primera atención por el accidente.
- En caso de accidente de trayecto, deberá agregar cualquier medio de prueba que certifique el hecho, tales como: declaración simple del trabajador o testigo, o parte policial (si los hubiere) o cualquier otro medio de prueba.

**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:   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: \_\_\_\_\_ RUT: \_\_\_\_\_

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

Hombre  Mujer Sexo: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Nacionalidad: \_\_\_\_\_ Profesión u Oficio: \_\_\_\_\_

Días  Meses  Años Antigüedad en la Empresa: \_\_\_\_\_  Indefinido  Plazo Fijo  Por Obra u Faena  Temporal

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 16, Ley 16.744):  Grave  Fatal  Otro

Tipo de Accidente:  Trabajo  Trayecto

Si es accidente de Trayecto, responde: \_\_\_\_\_

Parte de Carabineros  Declaración  Testigos  Otro Medio de Prueba: \_\_\_\_\_

Detalle del Medio de Prueba: \_\_\_\_\_

**D. Identificación del Denunciante**

Nombres - Apellido Paterno - Apellido Materno: \_\_\_\_\_ RUT: \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
Firma

## ¿QUÉ HACER SI TIENES UN ACCIDENTE EN TU CASA Y QUE NO SEA ACCIDENTE DOMÉSTICO?.

### TE SUGERIMOS

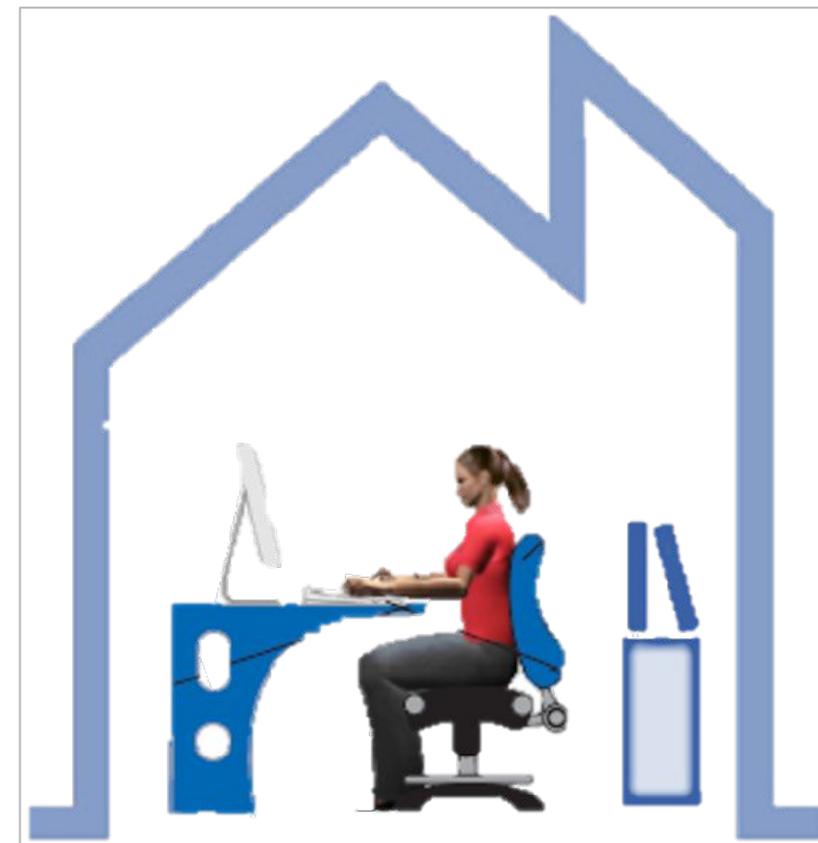
- **Estar informado/a:** acerca de los centros médicos que ISL facilita ante algún accidente de trabajo.
- **Revisar** aquí nuestros centros:  
<https://www.isl.gob.cl/red-de-prestadores-medicos/>
- **Identificar:** aquel que esté cerca a su hogar para que pueda trasladarse

Si necesita más información, ingresa a:

[www.isl.gob.cl](http://www.isl.gob.cl) o



llamar al **600 586 90 90**



## ¿CÓMO SE ESTÁ HACIENDO LA RECEPCIÓN ACTUAL DE DENUNCIAS POR ISL?:

### Atención de Público:

Con el fin de resguardar su salud y la de nuestros funcionarios/as, informamos que, estamos utilizando exclusivamente nuestros canales digitales y de atención telefónica, para seguir dando respuesta a todas sus solicitudes y tramitaciones.



**A CONTAR DE LA FECHA SEÑALADA, PODRÁ  
CANALIZAR SUS CONSULTAS A TRAVÉS DE:**



Sitio Web para trámites digitales: [www.isl.gob.cl](http://www.isl.gob.cl)



Envío de Denuncias Individuales de Accidentes del Trabajo (DIAT) y Denuncias individuales de Enfermedades Profesionales (DIEP) al correo: [opa\\_metropolitana@isl.gob.cl](mailto:opa_metropolitana@isl.gob.cl)



Dudas y mayor información en nuestro call center [600 586 9090](tel:6005869090)

## RECEPCIÓN ACTUAL DE DENUNCIAS POR PARTE DE ISL:



Consultas y envío de antecedentes para otros trámites escriba al siguiente correo correspondiente a su región:

- [arica@isl.gob.cl](mailto:arica@isl.gob.cl)
- [tarapaca@isl.gob.cl](mailto:tarapaca@isl.gob.cl)
- [antofagasta@isl.gob.cl](mailto:antofagasta@isl.gob.cl)
- [atacama@isl.gob.cl](mailto:atacama@isl.gob.cl)
- [coquimbo@isl.gob.cl](mailto:coquimbo@isl.gob.cl)
- [valparaiso@isl.gob.cl](mailto:valparaiso@isl.gob.cl)
- [rm@isl.gob.cl](mailto:rm@isl.gob.cl)
- [ohiggins@isl.gob.cl](mailto:ohiggins@isl.gob.cl)
- [maule@isl.gob.cl](mailto:maule@isl.gob.cl)
- [nuble@isl.gob.cl](mailto:nuble@isl.gob.cl)
- [biobio@isl.gob.cl](mailto:biobio@isl.gob.cl)
- [araucania@isl.gob.cl](mailto:araucania@isl.gob.cl)
- [losrios@isl.gob.cl](mailto:losrios@isl.gob.cl)
- [loslagos@isl.gob.cl](mailto:loslagos@isl.gob.cl)
- [aysen@isl.gob.cl](mailto:aysen@isl.gob.cl)
- [magallanes@isl.gob.cl](mailto:magallanes@isl.gob.cl)



Instituto de  
Seguridad  
Laboral

Ministerio del Trabajo  
y Previsión Social

Gobierno de Chile

**¡GRACIAS!**

**¡ISL, CONOCER  
PARA PREVENIR!**



Síguenos en:



institutosedeseguridadlaboral



@PrevencionISL

**www.isl.gob.cl**