

Denuncia de Accidente de Trabajo o Enfermedad Profesional



Nº de Contrato: _____

Póliza Digital: _____

Nº de Siniestro: _____

Importante: anticipar esta información telefónicamente y/o por fax al 0810 555 0ART (278) Dentro de las 24 hs., remitir el original a Carlos Pellegrini 1363 Piso 6º, (C1011AAA), colocando en el sobre "Denuncia de Siniestros / Enfermedad Profesional" - At. Prestaciones ART:

Datos del Empleador

Nombre de la Empresa:		C.U.I.T.:		CIU:	
Calle:	Nº:	Localidad:	Provincia:	C.P.:	
Teléfono:	Fax:	E-mail:			

Datos del Trabajador

Apellidos y Nombres:			Tipo y Número de Documento:		
Fecha de Nacimiento:	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Nacionalidad:	Estado Civil:		
Calle:	Nº:	Localidad:	Provincia:	C.P.:	
Teléfono:	Celular:	Empresa Celular: <input type="checkbox"/> Personal <input type="checkbox"/> Movistar <input type="checkbox"/> Claro <input type="checkbox"/> Nextel <input type="checkbox"/> Otro	E-mail:		
Fecha de ingreso a la Empresa:		Fecha de ingreso al Establecimiento:			
Turno habitual de trabajo: <input type="checkbox"/> Fijo <input type="checkbox"/> Rotativo		Jornada habitual	Desde:	Hasta:	
Puesto de trabajo en el momento del accidente o detección de la enfermedad profesional:				Antigüedad:	
Puesto de trabajo anterior:		Obra Social:	Antigüedad:		

Establecimiento de ocurrencia del accidente o detección de la enfermedad profesional (1)

Nombre:		Cuit ocurrencia o detección:			
Cobertura en el exterior:		Código establecimiento:		CIU:	
Calle:	Nº:	Localidad:	Provincia:	CP:	
Provincia de ocurrencia o detección:		Teléfono:	Empresa Subcontratada:	Si	No

(1) Datos del establecimiento declarado al registro de establecimientos de AFIP

Información del siniestro

Accidente de trabajo
 Enfermedad Profesional
 Desplazamiento en su jornal de trabajo
 Otro
 En el trabajo
 En otro centro o lugar de trabajo
 Al ir o volver del trabajo

Gravedad: Leve Grave Mortal

Accidente de Trabajo

Fecha del accidente	Fecha de ocurrencia:	Hora inicio o jornada en día del accidente	Hora:	Fecha de inicio de la inasistencia laboral	Fecha baja laboral:
Hora del accidente	Hora de ocurrencia:	Hora fin de jornada el día del accidente	Hora:	Realizaba una tarea habitual <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No al momento del accidente:	

Descripción del accidente y sus consecuencias:

Agente material asociado	Código	Forma del accidente	Código
Diagnóstico	1	2	3

Naturaleza de la lesión	1	2	3
Zona del cuerpo afectada	1	2	3

Accidente in Itinere

Denuncia Policial Nº (Adjuntar copia) _____ Comisaría: _____

Datos del Prestador Asistencial

Centro de Asistencia: _____ Teléfono: _____ Fax: _____

Calle: _____ Nº: _____ Localidad: _____ Provincia: _____ CP: _____

Lugar: _____

Fecha: _____

Firma del Denunciante: _____

Aclaración del Denunciante: _____

DNI del Denunciante: _____

Las tablas para completar el formulario se encuentran en los soportes adjuntos al kit de bienvenida. O consultar por e-mail a gestiondecasos@omintart.com.ar

Denuncia de Accidente de Trabajo o Enfermedad Profesional



ART N° 00507 CUIT: 30-71234180-3

Importante: anticipar esta información telefónicamente y/o por fax al 0810 555 OART (278) Dentro de las 24 hs., remitir el original a Carlos Pellegrini 1363 Piso 6°, (C1011AAA), colocando en el sobre "Denuncia de Siniestros / Enfermedad Profesional" - At. Prestaciones ART:

Enfermedad Profesional

Descripción general de la Enfermedad:

Agente causante:

Agente material asociado:

Tiempo de exposición al agente causante:

Fecha de inicio de la inasistencia laboral:

Descripción Primer Diagnóstico

Código CIE 10:

Zona del cuerpo afectada:

Fecha de Diagnóstico:

Código de detección EP:

Descripción Segundo Diagnóstico

Código CIE 10:

Zona del cuerpo afectada:

Fecha de Diagnóstico:

Código de detección EP:

Descripción Tercer Diagnóstico

Código CIE 10:

Zona del cuerpo afectada:

Fecha de Diagnóstico:

Código de detección EP:

Corresponde examen periódico: Sí No

Fecha último examen periódico:

Le informamos a Ud. que ante un caso de enfermedad profesional (denunciado o detectado por esta ART.), y a fines de dar cumplimiento con la documentación exigida por la Res. S.R.T. 460/08, se lo intimará a presentar dentro del término de 10 días corridos:

Registro de contaminantes que incluya los estudios de contaminación ambientales; constancias de capacitación al personal; listado de riesgos; examen preocupacional; listado de productos y sustancias químicas existentes en la empresa; profesiograma; evaluación de puestos de trabajo; historia clínica laboral; certificado de provisión de elementos de protección personal; dictámenes sobre tareas normales o especiales (insalubridades y cambios en la duración de la jornada laboral).

La enfermedad se detecto en (códigos de detección de la enfermedad)

Exámen Preocupacional

P

Transferencia de puesto de trabajo

T

Consulta en amb. no hospit.

M

Exámen Periódico

R

Obra Social

O

Peritaje Judicial

J

Exámen Egreso

E

Sanatorio Privado

N

Comisión Médica

S

Ausencia Prolongada

A

Hospital Público

H

Prestación ART

B

Lugar:

Fecha:

Las tablas para completar el formulario se encuentran en los soportes adjuntos al kit de bienvenida. O consultar por e-mail a gestiondecasos@omintart.com.ar

Firma del Denunciante:

Aclaración del Denunciante:

DNI del Denunciante: