

Denuncia de Accidente de Trabajo o Enfermedad Profesional

N° de Contrato: _____

Póliza Digital: _____

N° de Siniestro: _____

Importante: anticipar esta información telefónicamente al 0800-345-1937 y luego remitir el original en un plazo máximo de 48 hs. a Perón 715, CP1038, CABA., colocando en el sobre "Denuncia de Siniestros / Enfermedad Profesional"

Datos del Empleador

 Nombre de la Empresa: _____ C.U.I.T.: _____ CIU: _____
 Calle: _____ N°: _____ Localidad: _____ Provincia: _____ C.P.: _____
 Teléfono: _____ Fax: _____ E-mail: _____

Datos del Trabajador

 Apellidos y Nombres: _____ Tipo y Número de Documento: _____
 Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: M F Nacionalidad: _____ Estado Civil: _____
 Calle: _____ N°: _____ Localidad: _____ Provincia: _____ C.P.: _____
 Teléfono: _____ Celular: _____ Empresa Celular: Personal Movistar Claro Nextel Otro E-mail: _____
 Fecha de ingreso a la Empresa: _____ Fecha de ingreso al Establecimiento: _____
 Turno habitual de trabajo: Fijo 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: _____ N°: _____ 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 al momento del accidente: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	

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 N° (Adjuntar copia) _____ Comisaría: _____

Datos del Prestador Asistencial

 Centro de Asistencia: _____ Teléfono: _____ Fax: _____
 Calle: _____ N°: _____ Localidad: _____ Provincia: _____ CP: _____
 Lugar: _____
 Fecha: _____
 Firma del Denunciante: _____
 Aclaración del Denunciante: _____
 DNI del Denunciante: _____

Denuncia de Accidente de Trabajo o Enfermedad Profesional



PARANA
ART

ART Nº 00507 CUIT: 30-71234180-3

Importante: anticipar esta información telefónicamente al 0800-345-1937 y luego remitir el original en un plazo máximo de 48 hs. a Perón 715, CP1038, CABA., colocando en el sobre "Denuncia de Siniestros / Enfermedad Profesional"

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: Si 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)

- | | | | | | |
|------------------------------------------------|----------|-------------------------------------------------------------|----------|------------------------------------------------------|----------|
| <input type="checkbox"/> Exámen Preocupacional | P | <input type="checkbox"/> Transferencia de puesto de trabajo | T | <input type="checkbox"/> Consulta en amb. no hospít. | M |
| <input type="checkbox"/> Exámen Periódico | R | <input type="checkbox"/> Obra Social | O | <input type="checkbox"/> Peritaje Judicial | J |
| <input type="checkbox"/> Exámen Egreso | E | <input type="checkbox"/> Sanatorio Privado | N | <input type="checkbox"/> Comisión Médica | S |
| <input type="checkbox"/> Ausencia Prolongada | A | <input type="checkbox"/> Hospital Público | H | <input type="checkbox"/> Prestación ART | B |

Lugar:

Fecha:

Firma del Denunciante:

Aclaración del Denunciante:

DNI del Denunciante: