

DENUNCIA DE ACCIDENTE DE TRABAJO O ENFERMEDAD PROFESIONAL



ASOCIART
ASEGURADORA DE RIESGOS DEL TRABAJO

ART N° 039-6 - CUIT 30-68627333-0

EMPLEADOR

Nombre de la empresa	CUIT	Contrato N°	CIU
Domicilio	Localidad	Provincia	CP
Tel	Fax	Email	

ESTABLECIMIENTO DE OCURENCIA DEL ACCIDENTE O DETECCION DE LA ENFERMEDAD PROFESIONAL

Nombre	CUIT ocurrencia o detección	Código Establecimiento
CIU	Domicilio	Localidad
Pcia. de ocurrencia o detección	CP	Empresa subcontratada <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

DATOS DEL TRABAJADOR

Apellido y nombre	Tipo y N° de documento	
CUIL	Nacionalidad	Tel
Domicilio	Localidad	Provincia
		CP

Estado Civil	Soltero	Casado	Viudo	Divorciado	Separado	Unión Hecho
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fecha de ingreso en la empresa	/ /	Fecha de ingreso al establecimiento	/ /	Turno de trabajo habitual	<input type="checkbox"/> Fijo <input type="checkbox"/> Rotativo
Jornada habitual (Desde/Hasta)		Situación contractual		Fecha último examen periódico	/ /
Obra social		Sistema Jubilatorio	<input type="checkbox"/> Reparto <input type="checkbox"/> Capitalización	AFJP	
Puesto de trabajo en el momento del accidente o detección de Enfermedad Profesional				Antigüedad	
Puesto de trabajo anterior				Antigüedad	

INFORMACION SOBRE EL SINIESTRO

- Accidente de trabajo Enfermedad profesional
 En el trabajo En otro centro o lugar de trabajo Al ir o volver del trabajo Desplazamiento en su jornada laboral Otro

ACCIDENTE DE TRABAJO

Fecha	/ /	Horario de la jornada el día del accidente		Hora accidente	
Fecha de inicio de la inasistencia laboral	/ /			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	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Diagnóstico	1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Forma del accidente	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Naturaleza de la lesión	1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		Zona del cuerpo afectada	1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

ENFERMEDAD PROFESIONAL

	Descripción de la EP	Agente Material Asociado (ver tabla)	Zona del cuerpo Afectada	Tiempo de Exposición al agente	Fecha de diagnóstico	Forma de diagnóstico (ver tabla)	Fecha de inicio de la inasistencia laboral
Agente Causante 1 (Ver tabla)	Diagnóstico 1						
	Diagnóstico 2						
Agente Causante 2 (Ver tabla)	Diagnóstico 1						
	Diagnóstico 2						
Agente Causante 3 (Ver tabla)	Diagnóstico 1						
	Diagnóstico 2						

LA ENFERMEDAD SE DETECTO EN (códigos de detección de la enfermedad)

Examen preocupacional	P	Ausencia prolongada	A	Sanatorio Privado	N	Peritaje Judicial	J
Examen periódico	R	Transferencia de puesto de trabajo	T	Hospital público	H	Comisión Médica	S
Examen de egreso	E	Obra social	O	Consulta en Amb. no Hospit.	M	Prestación ART	B

Centro Asistencial							
Domicilio					Localidad		
Provincia		CP			Tel		

ACCIDENTE IN ITINERE

Denuncia policial N°	(Adjuntar copia)	Comisaría
----------------------	------------------	-----------

Lugar

Fecha

LAS TABLAS PARA COMPLETAR EL FORMULARIO ESTAN DISPONIBLES EN LA WEB

Firma del denunciante

Aclaración del denunciante

DNI del denunciante