

DENUNCIA DE ACCIDENTE DE TRABAJO O ENFERMEDAD PROFESIONAL

DATOS A COMPLETAR POR EL EMPLEADOR

Aseguradora: Compañía Argentina de Seguros VICTORIA S.A. (Código ART: 24-8)

Contrato N° | N° Siniestro

Nivel de Autoevaluación del empleador

TRABAJADOR

Apellido y Nombre | CUIL

Legajo | DNI-LC-LE-CI | Sexo M F Estado Civil S - C - V - D - E - H

Fecha de Nacimiento (dd/mm/aaaa) | Nacionalidad

Domicilio | Localidad

Provincia | País | C.P. | Teléfono

Puesto de trabajo habitual | Sección | CIUO

Puesto de trabajo en el momento del siniestro | CIUO

Nombre del Supervisor

Fecha de ingreso a la empresa (dd/mm/aaaa) | Antigüedad en el puesto

Ingreso base / Remuneración promedio | Obra Social

Turno habitual Fijo Rotativo | Horario habitual De a hs. De a hs.
 De a hs. De a hs.

EMPLEADOR

Razón Social | CUIT

Domicilio

Localidad | Provincia

Código Postal | Teléfono | Fax

Razón Social del establecimiento en que ocurrió la contingencia

| CIU

Actividad | Nivel de Autoevaluación

Domicilio | Localidad

Provincia | País | C.P. | Teléfono

Nombre responsable de Higiene y Seguridad

¿Posee Servicio de Medicina del Trabajo? NO SI Interno
 Externo

DEBE SER ENVIADA POR EL EMPLEADOR DENTRO DE LAS 24 HS.
 (RESOLUCIÓN N° 204/96 de la Superintendencia de Riesgos de Trabajo)

Continúa al dorso

Trabajador	N° Siniestro
------------	--------------

DATOS DEL SINIESTRO

ACCIDENTE	de trabajo <input type="checkbox"/>	In Itinere <input type="checkbox"/>	en comisión <input type="checkbox"/>	Enfermedad Profesional <input type="checkbox"/>
Fecha*	(dd/mm/aaaa)	Horario de la jornada	De a hs.	De a hs.
Lugar del accidente				
Breve descripción del hecho y sus consecuencias				
Forma del Accidente	(Cod.)	Agente causante del hecho	(Cod.)	
Naturaleza de la lesión	(Cod.)	Zona afectada	(Cod.)	
Mano hábil	Derecha <input type="checkbox"/>	Izquierda <input type="checkbox"/>		

ACCIDENTE IN ITINERE <input type="checkbox"/>			
Denuncia policial N°		Comisaría	
PRIMER AUXILIO			
Médico		MN o MP	
Establecimiento Asistencial			
Domicilio			
Localidad	Provincia	C.P.	Teléfono
TESTIGOS			
Nombre y Apellido		D.N.I.	
Domicilio		Teléfono	
Nombre y Apellido		D.N.I.	
Domicilio		Teléfono	
ESTABLECIMIENTO ASISTENCIAL (al que fue derivado el damnificado)			
Domicilio		Localidad	
Provincia	País	C.P.	Teléfono
(dd/mm/aaaa)			
Fecha de emisión	Firma autorizada	Aclaración	

(*) En enfermedad Profesional colocar la fecha de la primera manifestación.