

SOLICITUD DE ATENCIÓN

DATOS A COMPLETAR POR EL EMPLEADOR

(La carencia parcial o total de datos en el presente formulario no podrá demorar la atención del trabajador siniestrado.

Lugar	Fecha (dd/mm/aaaa)	Hora
-------	--------------------	------

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

DATOS DEL TRABAJADOR

Apellido y Nombre	CUIL
DNI - LC - LE - CI	Legajo

DATOS DEL EMPLEADOR

Razón Social	CUIT	
Domicilio	Localidad	
Provincia	C.P.	Teléfono

PRESTADOR

Nombre del Establecimiento Asistencial		
Domicilio		
Localidad	Provincia	
C.P.	Teléfono	Fax

Solicitamos brinden asistencia médica al trabajador indicado mas arriba:

El que:

- "ha sufrido un accidente de trabajo" ☐ (*)

- "manifiesta una afección de probable origen profesinal" ☐ (*)

El día (dd/mm/aaaa) a las horas, mientras prestaba sus servicios para este empleador.

LUGAR Y FORMA EN QUE SE PRODUJO LA LESIÓN

(*) Marcar lo que corresponda.

Instrucciones para el llenado del formulario al dorso.

Firma y sello del Empleador

SOLICITUD DE ATENCIÓN

INSTRUCCIONES PARA EL LLENADO DEL FORMULARIO

OBJETIVO

Solicitar de un prestador de asistencia médica, habilitado por la A.R.T., la atención para un dependiente víctima de un accidente de trabajo o enfermedad profesional.

EMISIÓN

Estará a cargo del empleador afiliado a una Aseguradora.

PROCEDIMIENTO

Lugar: Ubicación del establecimiento donde se confecciona el presente formulario.

Fecha: Día, mes, año y hora en que se solicita la atención.

DATOS DEL TRABAJADOR

Apellido y Nombre del trabajador damnificado.

CUIL: El que corresponda al damnificado.

DNI - LC - LE - CI: Número del documento de identidad del damnificado, tachando lo que no corresponda.

Legajo: Número que le corresponde internamente en la empresa, si lo tuviere.

EMPLEADOR

Razón Social: Consignar la Razón Social del empleador del damnificado.

CUIT: Consignar el número de CUIT del empleador.

Domicilio, Localidad, Provincia, Código Postal y teléfonos del empleador.

PRESTADOR

Nombre del Establecimiento Asistencial al que se deriva el damnificado.

Domicilio, Localidad, Provincia, Código Postal y teléfonos del prestador.

"Ha sufrido un accidente de Trabajo": Marcar si corresponde.

Día, mes y año en que ocurrió el accidente o el damnificado manifestó su afección.

Hora en que ha sufrido el accidente.

Lugar y forma en que se produjo la lesión: Mencionar dónde ocurrió el accidente (Sección, dirección del establecimiento encaso de haber sucedido en otro distinto al del empleador o calle y número si éste hubiera ocurrido en la vía pública), y una breve descripción de lo ocurrido y sus consecuencias.

Firma y sello del Empleador: Debe registrarse en todos los casos la firma y aclaración del Responsable del llenado de este formulario, afin de validar el mismo.