

Denuncia de Accidente de Trabajo o Enfermedad Profesional

Datos del empleador

Nombre de la Empresa: _____ CUIT: _____ Contrato N°: _____ CIU: _____
 Domicilio: _____ Localidad: _____ Provincia: _____ C.P.: _____
 Tel.: _____ Fax: _____ E-mail: _____

Nombre del establecimiento de ocurrencia del accidente o detección de la enfermedad profesional

Código Establecimiento: _____ CIU: _____ Empresa subcontratada: Sí NO
 CUIT ocurrencia o detección: _____ Domicilio: _____
 Localidad: _____ Provincia: _____ C.P.: _____

Datos del trabajador

Nombre/s y Apellido/s: _____
 Tipo y Número de Documento: _____ CUIL: _____
 Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Nacionalidad: _____ Género: M F
 Estado Civil: Soltero/a Casado/a Separado/a Divorciado/a Viudo/a Unión Convivencial Unión Civil
 Domicilio: _____ Localidad: _____
 Provincia: _____ Código postal: _____ Teléfono: _____
 Fecha de Ingreso en la Empresa: ____/____/____ Fecha de Ingreso al Establecimiento: ____/____/____
 Turno de Trabajo habitual: Fijo Rotativo Jornada habitual: desde _____ hasta _____ Situación contractual _____
 Fecha último examen periódico: ____/____/____ Obra Social: _____
 Puesto de trabajo en el momento del accidente o detección de Enfermedad Profesional: _____ Antigüedad: _____
 Puesto de trabajo anterior: _____ Antigüedad: _____

Información sobre el siniestro

ACCIDENTE DE TRABAJO ENFERMEDAD PROFESIONAL
 En el trabajo En otro centro o lugar de trabajo Al ir o al volver del trabajo Desplazamiento en día laboral Otro

Accidente de trabajo

Fecha: ____/____/____ Horario de la jornada el día del accidente: _____ Hora del accidente: _____
 Fecha de inicio de la inasistencia laboral: ____/____/____ ¿Realizaba una tarea habitual al accidentarse?: Sí NO
 Descripción del Accidente y sus consecuencias: _____

(Las tablas para completar este formulario están disponibles en www.swissmedicalseguros.com)

Agente material asociado		Diagnóstico	1			2				3			
		Naturaleza de la lesión	1			2				3			
Forma del accidente		Zona del cuerpo afectada	1			2				3			

Enfermedad profesional

	Descripción de la enfermedad profesional	Agente material asociado (ver tabla)	Zona del cuerpo afectada	Tiempo exposición al agente	Fecha de diagnóstico	Forma de diagnóstico	Fecha inicio inasistencia laboral
AG. CAUSANTE 1	Diagnóstico 1 Diagnóstico 2						
AG. CAUSANTE 2	Diagnóstico 1 Diagnóstico 2						
AG. CAUSANTE 3	Diagnóstico 1 Diagnóstico 2						

La enfermedad se detectó 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: _____ C.P.: _____ Teléfono: _____

Accidente in itinere

Denuncia policial Nro.: _____ (Adjuntar Copia) Comisaría: _____

La información incluida en la presente Denuncia de Accidente de Trabajo o enfermedad Profesional, así como de los datos personales contenidos en éste documento, se resguardarán de acuerdo con las Políticas Corporativas de Seguridad Informática y conforme a la ley 25.326 de Protección de los Datos Personales, siempre y cuando los mismos se encuentren dentro del ámbito de dominio de SWISS MEDICAL ART S.A.. SWISS MEDICAL ART S.A., no se hace responsable por la manipulación, divulgación y/o publicación de los datos o información incluidos en este documento, o cualquier otra acción que terceros no autorizados, puedan hacer con la misma.

Lugar y Fecha

Firma, Aclaración y DNI del Denunciante