

Denuncia de Accidente de Trabajo o Enfermedad Profesional

Nº de Contrato:

Póliza Digital:

Nº de Siniestro:

Importante: anticipar esta información telefónicamente y/o por fax al 0800 888 6060 Dentro de las 24 hs., remitir el original a AV. Leandro N. Alem 1050, 6º Piso, CABA, Argentina colocando en el sobre "Denuncia de Siniestros / Enfermedad Profesional" - At. Prestaciones ART:

Datos del Empleador

Nombre de la Empresa:	C.U.I.T.:	CIIU:		
Calle:	Nº:	Localidad:	Provincia:	C.P.:
Teléfono:	Fax:	E-mail:		

Datos del Trabajador

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

<input type="checkbox"/> Accidente de trabajo	<input type="checkbox"/> Enfermedad Profesional	<input type="checkbox"/> Desplazamiento en su jornal de trabajo	<input type="checkbox"/> Otro
<input type="checkbox"/> En el trabajo	<input type="checkbox"/> En otro centro o lugar de trabajo	<input type="checkbox"/> 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"/> Sí <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 Nº (Adjuntar copia)

Comisaría:

Datos del Prestador Asistencial

Centro de Asistencia: Teléfono: Fax:

Calle: Nº: Localidad: Provincia: CP:

Lugar:

Fecha:

Firma del Denunciante:

Aclaración del Denunciante:

DNI del Denunciante:

Denuncia de Accidente de Trabajo o Enfermedad Profesional

ART N° 00507 CUIT: 30-71234180-3

Importante: anticipar esta información telefónicamente y/o por fax al 0800 888 6060 Dentro de las 24 hs., remitir el original a AV. Leandro N. Alem 1050, 6° Piso, CABA, Argentina colocando en el sobre "Denuncia de Siniestros / Enfermedad Profesional" - At. Prestaciones ART:

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 exámen periódico: Sí No

Fecha último exámen 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 detectó en (códigos de detección de la enfermedad)

<input type="checkbox"/> Exámen Preocupacional	P	<input type="checkbox"/> Transferencia de puesto de trabajo
<input type="checkbox"/> Exámen Periódico	R	<input type="checkbox"/> Obra Social
<input type="checkbox"/> Exámen Egreso	E	<input type="checkbox"/> Sanatorio Privado
<input type="checkbox"/> Ausencia Prolongada	A	<input type="checkbox"/> Hospital Público

T	<input type="checkbox"/> Consulta en amb. no hospit.	M
O	<input type="checkbox"/> Peritaje Judicial	J
N	<input type="checkbox"/> Comisión Médica	S
H	<input type="checkbox"/> Prestación ART	B

Lugar:

Fecha:

Las tablas para completar el formulario se encuentran en los soportes adjuntos al kit de bienvenida. O consultar por e-mail a atencionalcliente@serenaseguros.com.ar

Firma del Denunciante:

Aclaración del Denunciante:

DNI del Denunciante: