

# Denuncia de Accidente de Trabajo o Enfermedad Profesional



N° de Contrato:

Póliza Digital:

N° 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, 6° 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.:	CIU:		
Calle:	N°:	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:	N°:	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:	CIU:		
Calle:	N°:	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

Accidente de trabajo  Enfermedad Profesional  Desplazamiento en su jornal de trabajo  Otro  
 En el trabajo  En otro centro o lugar de trabajo  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"/> Si <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 N° (Adjuntar copia) Comisaría:

## Datos del Prestador Asistencial

Centro de Asistencia: Teléfono: Fax:

Calle: N°: Localidad: Provincia: CP:

Lugar:
Fecha:

Firma del Denunciante:
Aclaración del Denunciante:
DNI del Denunciante:

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](mailto:atencionalcliente@serenaseguros.com.ar)

# Denuncia de Accidente de Trabajo o Enfermedad Profesional

**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 examen periódico:  Si  No

Fecha último examen 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 detecto en (códigos de detección de la enfermedad)

Exámen Preocupacional

**P**

Transferencia de puesto de trabajo

**T**

Consulta en amb. no hospit.

**M**

Exámen Periódico

**R**

Obra Social

**O**

Peritaje Judicial

**J**

Exámen Egreso

**E**

Sanatorio Privado

**N**

Comisión Médica

**S**

Ausencia Prolongada

**A**

Hospital Público

**H**

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](mailto:atencionalcliente@serenaseguros.com.ar)

Firma del Denunciante:

Aclaración del Denunciante:

DNI del Denunciante: