

DATOS DEL EMPLEADOR

N° de Caso:	
-------------	--

Razón Social:		N° de Contrato:	
CUIT N°			
Calle	N°	Localidad	Provincia
Solicitamos brinden asistencia médica al trabajador indicando a continuación, el cual ha sufrido un accidente el día a las horas mientras prestaba sus servicios para este empleador			

DATOS DEL TRABAJADOR

Apellido y Nombre		CUIL N°
Documento <input type="radio"/> DNI <input type="radio"/> LE <input type="radio"/> LC <input type="radio"/> CI		
Puesto de trabajo al momento del siniestro		

DATOS DEL ACCIDENTE

Lugar donde se produjo el accidente		Fecha y Hora
Calle	N°	CP
Localidad	Provincia	País
Forma en que se produjo		
Agente causante		

DATOS DEL PRESTADOR

Nombre del establecimiento		
Calle	N°	CP
Localidad	Provincia	
Teléfono	Fax	

FIRMA Y SELLO DEL EMPLEADOR

Firma

Formulario para ser enviado a un prestador de SERENA ART. La carencia total o parcial en este formulario de los datos no podrá demorar la atención del trabajador siniestrado. Los datos deben ser completados por el empleador. Le recordamos que para emergencias médicas, deberá realizar la denuncia telefónica del accidente/ enfermedad profesional, obtener el N° de siniestro y efectuar las solicitudes de traslados, deberá contactarse con el Centro Coordinador de Emergencias 0800-888-6060. La línea se encuentran disponibles las 24 horas del día, los 365 días del año.