

DENUNCIA DE ACCIDENTE DE TRABAJO O ENFERMEDAD PROFESIONAL - ANEXO B

IMPORTANTE: anticipar esta información telefónicamente al 0-800-333-1400 y/o por fax al 4348-1280/1294. Dentro de las 24 hs. remitir el original a Av. Independencia 169 - 3º (C1099AAB), colocando en el sobre "Denuncia de Siniestro - At.: Centro Operativo"

NRO. DE SINIESTRO		REINGRESO	SI	NO	NRO. DE SINIESTRO ANTERIOR		ACCIDENTE	FECHA DEL ACCIDENTE			
								- - - - -			
								ENFERMEDAD PROFESIONAL	FECHA 1º MANIFESTACIÓN INVALIDANTE		
									- - - - -		

DATOS DEL EMPLEADOR

RAZON SOCIAL						C.U.I.T.					
NRO. DE CONTRATO		D.D.N.		TELEFONO		D.D.N.		FAX			
CALLE						NRO.		PISO		DPTO.	
D.D.N.		TELEFONO		CODIGO POSTAL ARG.		LOCALIDAD					
PROVINCIA											

DATOS DEL TRABAJADOR

APELLIDO Y NOMBRES						SEXO	M	F	FECHA DE NACIMIENTO				
									- - - - -				
CALLE (domicilio particular)						NRO.		PISO		DPTO.			
D.D.N.		TELEFONO		CODIGO POSTAL ARG.		LOCALIDAD							
PROVINCIA			D.N.I.	L.C.	L.E.	C.I.	NRO.		C.U.I.T.				
CODIGO OCUPACION (1)		SECTOR				HORARIO ROTATIVO		SI	NO	DE (hs) (2)		A (hs) (2)	
FECHA DE INGRESO A LA EMPRESA		SUELDO		OPCION JUBILATORIA		AFJP		SISTEMA DE REPARTO		CAJA PROVINCIAL			
		\$											

(1) Puesto de Trabajo: ver tablas adjuntas.

(2) Indicar que horario realizaba el día del accidente.

DATOS DEL LUGAR DE TRABAJO

DENOMINACION DEL ESTABLECIMIENTO											
CALLE						NRO.		PISO		DPTO.	
PROVINCIA						LOCALIDAD					
CODIGO POSTAL ARG.		D.D.N.		TELEFONO		D.D.N.		FAX			

CARACTERISTICAS DEL SINIESTRO

<input type="checkbox"/>	AL IR O VOLVER DEL TRABAJO	<input type="checkbox"/>	DESPLAZAMIENTO EN EL DIA LABORAL	<input type="checkbox"/>	EN OTRO CENTRO O LUGAR DE TRABAJO	<input type="checkbox"/>	EN EL TRABAJO	<input type="checkbox"/>	OTRO
HORA DEL ACCIDENTE		CON BAJA LABORAL		SI	NO	FECHA DE BAJA LABORAL (3)		EN CASO DE SER UN REINGRESO INDICAR	
						- - - - -		- - - - -	

(3) Ultimo día trabajado.

DATOS DEL LUGAR DEL ACCIDENTE

C.U.I.T. DE OCURRENCIA			CALLE									
NRO.		PISO		DPTO.		LOCALIDAD				CODIGO POSTAL ARG.		
PROVINCIA				D.D.N.		TELEFONO		D.D.N.		FAX		

BREVE DESCRIPCION DE LOS HECHOS

TESTIGOS (Apellido y Nombre, Tipo y Nro. de Documento, Teléfono)

CODIFICACION DE LOS DATOS DEL SINIESTRO (codificar según tablas adjuntas)

FORMA DEL ACCIDENTE	ZONA DEL CUERPO AFECTADA	NATURALEZA DE LA LESION	AGENTE CAUSANTE	MANO HABIL	DER.	IZQ.
NRO. DENUNCIA POLICIAL	NRO. DE COMISARÍA	LOCALIDAD/PROVINCIA				

PROFESIONAL INTERVINIENTE

APELLIDO Y NOMBRES DEL MEDICO DE PRIMEROS AUXILIOS						M.P.					
ESTABLECIMIENTO MEDICO				D.D.N.		TELEFONO					
PRESTADOR/CENTRO MEDICO DERIVADO											
CALLE						NRO.		PISO		DPTO.	
PROVINCIA				LOCALIDAD							
CODIGO POSTAL ARG.		D.D.N.		TELEFONO		D.D.N.		FAX			

GRADO DE LESION PRESUNTA	LEVE	GRAVE	MORTAL

LUGAR Y FECHA