



Casa Central: Fitz Roy 957 (C1414CHI) Cap. Fed.  
 Centro de Atención al Cliente: 4857-8441  
 Fax: (011) 4857-8423  
 Home Page: [www.lacaja.com.ar](http://www.lacaja.com.ar)



Notifique al Centro Coordinador

0-800-8880-200 en el momento

## DENUNCIA DE ACCIDENTE/ ENFERMEDAD PROFESIONAL

CONTINGENCIAS CUBIERTAS POR LA LEY N° 24557 Y SU REGLAMENTACION  
 Enviar dentro de las 48 hs. Hábiles  
 Resolución N° 15/98 de la Superintendencia de Trabajo

NUMERO DE SINIESTRO

Se lo informa el Centro Coordinador

### Datos de la Empresa

Nombre o Razón Social			CUIT	
N° Contrato	Vigencia	Domicilio	CP	Loc.
Provincia	País	Tel:	Fax	

### Datos del accidentado

Apellido y Nombre			Sexo (marcar)	M	F
CUIL/ DNI		Fecha de Nac.	Hijos a cargo		
Estado Civil					
Domicilio		Código Postal	Localidad		
Provincia	Tel:		Obra Social		
Fecha de Ingreso a la empresa:		Jornada de Trabajo	Hora de Entrada:	Hora de Salida:	
Turno de Trabajo	Diurno	Rotativo	Nocturno	Ocupación Habitual	
Reparto	Capitalización	¿Posee otro empleo?	SI	NO	AFJP

### Datos de Accidentado/ Enfermedad Profesional

Accidente	Enfermedad Profesional	Muerte					
Fecha de Accidente	Día	Mes	Año	Hora del Accidente (Hora)	(Minutos)	Hora inicio de Jornada (Hora)	(Minutos)

### Clase de accidente (Marcar Opción)

<input type="checkbox"/>	En el Centro de Trabajo Habitual	<input type="checkbox"/>	<b>Desplazamiento en Jornada Laboral</b>
<input type="checkbox"/>	<b>In Itinere (Trayecto entre el Trabajo y Domicilio)</b>	<input type="checkbox"/>	En otro Centro o Lugar de Trabajo

Si el accidente es in itinere o desplazamiento en jornada laboral, **adjunte copia de Denuncia Policial / Exposición Civil**

Lugar de ocurrencia (Dirección)	CP:	Localidad
Domicilio del Establecimiento		
Denuncia Policial N°	Comisaría	
Descripción del accidente (Breve explicación)		
¿Hubo testigos del hecho?		

[Codificación de los Datos del Siniestro \(ver archivo adjunto\)](#)



### Codificación de los datos del Siniestros

Forma de accidente

Zona de Cuerpo Afectada

Naturaleza de la lesión

Agente Causante

### Prestador o Centro Médico que efectuó la atención inmediata

Nombre		Domicilio		
Localidad		C.P.		
Provincia	País		Tel:	
Grado de Lesión Presunta	Leve	Grave	Muerte	

Se deberá señalar **Grave** solo en los casos de internación

Firma Autorizada

Aclaración

Día/ Mes/ Año