



ART

## Solicitud de Atención Médica

Datos a completar por el empleador

La carencia parcial o total de datos en el presente formulario no podrá demorar la atención del trabajador siniestrado.

Lugar	Fecha	Hora
Aseguradora <b>LA HOLANDO SUDAMERICANA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.</b> (Código de ART: 0018-3)		
<b>Datos del Trabajador</b>		
Nombre y Apellido		
C.U.I.L.	Legajo	
Tipo Documento	DNI <input type="checkbox"/> LC <input type="checkbox"/> LE <input type="checkbox"/> CI <input type="checkbox"/> PAS <input type="checkbox"/> N°	Teléfono
Fecha de nacimiento	Fecha de Ingreso	Tarea
<b>Datos del Empleador</b>		
Razón Social		
C.U.I.T.		
Domicilio		
Localidad	Provincia	CPA
Teléfono	Fax	
<b>Prestador</b>		
Razón Social		
Domicilio		
Localidad	Provincia	CPA
Teléfono	Fax	
<b>Solicitamos brindar asistencia médica al trabajador indicado más arriba</b>		
El que "Ha sufrido un accidente de trabajo" <input type="checkbox"/> (*)	El que "Manifiesta una afección de probable origen profesiona" <input type="checkbox"/> (*)	
El día	a las	horas, mientras prestaba sus servicios para este empleador
Lugar y forma en que se produjo la lesión		

(\*) Marcar lo que corresponda.

**DEBE SER ENVIADA DENTRO DE LAS 24 HS.**

Resolución N°204/96 de la SRT

Firma y Sello del Empleador