

DATOS DEL EMPLEADOR

Nombre de la Empresa: _____ CUIT: _____ Contrato N°: _____ CIU: _____
 Domicilio: _____ Localidad: _____ Provincia: _____ C.P.: _____
 Teléfono: _____ Fax: _____ E-mail: _____

NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO DE OCURRENCIA DEL ACCIDENTE O DETECCIÓN DE LA ENFERMEDAD PROFESIONAL

Código Establecimiento: _____ CIU: _____ Empresa subcontratada: SI NO
 CUIT ocurrencia o detección: _____ Domicilio: _____
 Localidad: _____ Provincia: _____ C.P.: _____

DATOS DEL TRABAJADOR

Apellido y Nombre: _____ Tipo y Nro. de Documento: _____
 CUIL: _____ Nacionalidad: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Sexo: F M
 Estado civil: Soltero Casado Viudo Divorciado Separado Unión de Hecho
 Domicilio: _____ Localidad: _____
 Provincia: _____ C.P.: _____ Teléfono: _____
 Fecha de Ingreso en la Empresa: ____/____/____ Fecha de Ingreso al Establecimiento: ____/____/____ Turno de Trabajo habitual: Fijo Rotativo
 Jornada habitual: desde ____ hasta ____ Situación contractual ____ Fecha último examen periódico: ____/____/____ Obra Social: _____
 Puesto de trabajo en el momento del accidente o detección de Enfermedad Profesional: _____ Antigüedad: _____
 Puesto de trabajo anterior: _____ Antigüedad: _____

INFORMACION SOBRE EL SINIESTRO

ACCIDENTE DE TRABAJO **ENFERMEDAD PROFESIONAL**
 En el trabajo En otro centro o lugar de trabajo Al ir o al volver del trabajo Desplazamiento en día laboral Otro

ACCIDENTE DE TRABAJO

Fecha: ____/____/____ Horario de la jornada el día del accidente: _____ Hora del accidente: _____
 Fecha de inicio de la inasistencia laboral: ____/____/____ ¿Realizaba una tarea habitual al accidentarse?: SI NO
 Descripción del Accidente y sus consecuencias: _____

(Las tablas para completar este formulario están disponibles en www.smgseguros.com.ar)

Agente Material Asociado		Diagnostico	1			2				3			
		Naturaleza de la Lesión	1			2				3			
Forma del Accidente		Zona del cuerpo afectada	1			2				3			

ENFERMEDAD PROFESIONAL

	Descripción de la Enfermedad Profesional	Agente Material Asociado (ver tabla)	Zona del cuerpo afectada	Tiempo exposición al Agente	Fecha de Diagnóstico	Forma de Diagnóstico	Fecha inicio inasistencia laboral
Ag. Causante 1	Diagnóstico 1 Diagnóstico 2						
Ag. Causante 2	Diagnóstico 1 Diagnóstico 2						
Ag. Causante 3	Diagnóstico 1 Diagnóstico 2						

LA ENFERMEDAD SE DETECTO EN (códigos de detección de la enfermedad)

Examen preocupacional	P	Ausencia Prolongada	A	Sanatorio Privado	N	Peritaje Judicial	J
Examen periódico	R	Transferencia de puesto de trabajo	T	Hospital Público	H	Comisión Médica	S
Examen de egreso	E	Obra social	O	Consulta en Amb. No Hospit.	M	Prestación ART	B

CENTRO ASISTENCIAL

Domicilio: _____ Localidad: _____
 Provincia: _____ C.P.: _____ Teléfono: _____

ACCIDENTE IN ITINERE

Denuncia policial Nro.: _____ (Adjuntar Copia) Comisaría: _____

La información incluida en la presente Denuncia de Accidente de Trabajo o enfermedad Profesional, así como de los datos personales contenidos en éste documento, se resguardarán de acuerdo con las Políticas Corporativas de Seguridad Informática y conforme a la ley 25.326 de Protección de los Datos Personales, siempre y cuando los mismos se encuentren dentro del ámbito de dominio de SMG ART S.A.. SMG ART S.A., no se hace responsable por la manipulación, divulgación y/o publicación de los datos o información incluidos en éste documento, o cualquier otra acción que terceros no autorizados, puedan hacer con la misma.

Lugar y Fecha

Firma, Aclaración y DNI del Denunciante