

SOLICITUD DE ATENCIÓN

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: Compañía Argentina de seguros VICTORIA S.A. (Código ART: 24-8)	
DATOS DEL TRABAJADOR	
Nombre y Apellido:	CUIL:
DNI – LC – LE – CI:	Legajo:
DATOS DEL EMPLEADOR	
Razón Social :	CUIT :
Domicilio :	Localidad :
Pcia:	C.P.: TEL:
PRESTADOR	
Nombre del Establecimiento Asistencial:	
Domicilio:	
Localidad:Pcia.:	
C.P. TEL:..... Fax:.....	
Solicitamos brinden asistencia médica al trabajador indicado mas arriba:	
El que : - "ha sufrido un accidente de trabajo"	<input type="checkbox"/> (*)
- "manifiesta una afección de probable origen profesional"	<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.

Instrucciones para el llenado del formulario al dorso

.....
Firma y sello del empleador

INSTRUCCIONES PARA EL LLENADO DEL FORMULARIO

SOLICITUD DE ATENCIÓN

OBJETIVO:

Solicitar de un prestador de asistencia médica, habilitado por la ART, la atención para un dependiente víctima de un accidente de trabajo o enfermedad profesional.

EMISIÓN:

Estará a cargo del empleador afiliado a la Aseguradora.

PROCEDIMIENTO:

Lugar: Ubicación del establecimiento donde se confecciona el presente formulario.

Fecha: Día, mes año y hora en que se solicita la atención.

TRABAJADOR

Apellido y Nombre del trabajador damnificado.

CUIL: El que corresponda al damnificado.

DNI - LC - LE - CI: Número del documento de identidad del damnificado, tachando lo que no corresponda.

Legajo: Número que le corresponde internamente en la empresa, si lo tuviere.

EMPLEADOR

Razón Social: Consignar la razón social del empleador del damnificado.

CUIT: Consignar el número de CUIT del empleador.

Domicilio, Localidad, Provincia, Código Postal y teléfonos del empleador.

PRESTADOR

Nombre del Establecimiento Asistencial al que se deriva el damnificado.

Domicilio, Localidad, Provincia, Código Postal, número de teléfono y de fax del prestador.

"Ha sufrido un accidente de Trabajo": Marcar si corresponde.

"Manifiesta una afección de probable origen profesional": Marcar si corresponde.

Día, mes y año en que ocurrió el accidente o el damnificado manifestó su afección.

Hora: en que ha sufrido el accidente.

Lugar y forma en que se produjo la lesión: Mencionar dónde ocurrió el accidente; (Sección, dirección del establecimiento en caso de haber sucedido en otro distinto al del empleador o calle y número si éste hubiera ocurrido en la vía pública) y una breve descripción de lo ocurrido y sus consecuencias.

Firma y Sello del Empleador: Debe registrarse en todos los casos la firma y aclaración del Responsable del llenado de este formulario, a fin de validar el mismo.