



DATOS DE LA EMPRESA

Razón Social			
C.U.I.T.		N° Contrato	
Domicilio			
Localidad	CPA	Provincia	Teléfono

DATOS DEL ACCIDENTADO

Apellido y Nombre			
Documento tipo (<input type="checkbox"/>) Pasaporte N°		CUIL	
Horario habitual de a		Sábados de a	
Ocupación		Estado Civil	Fecha de Nacimiento
Domicilio: calle		N°	Piso Dpto.
Localidad	CPA	Provincia	Teléfono
Fecha de ingreso a la empresa	¿Efectuó examen preocupacional?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

DATOS DEL ACCIDENTE

FECHA	Hora Inicio de Jornada	Hora del Accidente		
<input type="checkbox"/> En el Trabajo	<input type="checkbox"/> En otro centro o lugar de trabajo	<input type="checkbox"/> Al ir o volver del trabajo	<input type="checkbox"/> Desplazamiento en día laboral	<input type="checkbox"/> Otro
Dirección de ocurrencia del accidente				
CUIT del lugar de ocurrencia				
Breve descripción de los hechos:				

Codificación de los datos del siniestro (Véanse las tablas relacionadas al dorso)

<input type="checkbox"/> Forma de accidente	<input type="checkbox"/> Zona afectada del cuerpo	<input type="checkbox"/> Naturaleza de la lesión	<input type="checkbox"/> Agente causante
---	---	--	--

Prestador o Centro Médico que efectuó la atención inmediata

Nombre	Domicilio		Localidad
CPA	Provincia	País	Teléfono
Grado de lesión presunta: <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Grave <input type="checkbox"/> Muerte (Se deberá señalar "Grave" solo en los casos con internación)			

Establecimiento Asistencial (al que fue derivado)

Nombre	Domicilio		Localidad
CPA	Provincia	País	Teléfono

MUY IMPORTANTE: Agradeceremos completar todos los datos solicitados en letra tipo imprenta y enviar el original por correo o por fax a la Aseguradora. El duplicado se debe presentar al prestador médico.

Transcripción Art. 43 Inc. 1 - Ley 24.557: "El derecho a las prestaciones de esta ley comienza a partir de la denuncia de los hechos causantes de daños derivados del trabajo"