



### 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 ( ) 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?

SI

NO

### DATOS DEL ACCIDENTE

FECHA

Hora Inicio de Jornada

Hora del Accidente

En el Trabajo  En otro centro o lugar de trabajo  Al ir o volver del trabajo  Desplazamiento en día  Otro

Otro

Dirección de ocurrencia del accidente

CUIT del lugar de ocurrencia

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

Forma de accidente  Zona afectada del cuerpo  Naturaleza de la lesión  Agente causante

Prestador o Centro Médico que efectuó la atención inmediata

Nombre

Domicilio

Localidad

CPA

Provincia

País

Teléfono

Grado de lesión presunta:  Leve  Grave  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"