

DENUNCIA DE ACCIDENTE DE TRABAJO O ENFERMEDAD PROFESIONAL

DATOS A COMPLETAR POR EL EMPLEADOR

Aseguradora: Compañía Argentina de Seguros VICTORIA S.A. (Código ART: 24-8)

Contrato N°

N° Siniestro

Nivel de Autoevaluación del empleador

TRABAJADOR

Apellido y Nombre

CUIL

Legajo

DNI-LC-LE-CI

Sexo

M ☐

F ☐

Estado Civil

S - C - V - D - E - H

Fecha de Nacimiento

(dd/mm/aaaa)

Nacionalidad

Domicilio

Localidad

Provincia

País

C.P.

Teléfono

Puesto de trabajo habitual

Sección

CIUO

Puesto de trabajo en el momento del siniestro

CIUO

Nombre del Supervisor

Fecha de ingreso a la empresa

(dd/mm/aaaa)

Antigüedad en el puesto

Ingreso base / Remuneración promedio

Obra Social

Turno habitual

Fijo ☐

Rotativo ☐

Horario habitual

De

a

hs.

De

a

hs.

De

a

hs.

De

a

hs.

EMPLEADOR

Razón Social

CUIT

Domicilio

Localidad

Provincia

Código Postal

Teléfono

Fax

Razón Social del establecimiento en que ocurrió la contingencia

CIU

Actividad

Nivel de Autoevaluación

Domicilio

Localidad

Provincia

País

C.P.

Teléfono

Nombre responsable de Higiene y Seguridad

¿Posee Servicio de Medicina del Trabajo?

NO ☐

SI ☐

Interno ☐

Externo ☐

DEBE SER ENVIADA POR EL EMPLEADOR DENTRO DE LAS 24 HS.
(RESOLUCIÓN N° 204/96 de la Superintendencia de Riesgos de Trabajo)

Continúa al dorso

Trabajador	N° Siniestro
------------	--------------

DATOS DEL SINIESTRO

ACCIDENTE	de trabajo <input type="checkbox"/>	In Itinere <input type="checkbox"/>	en comisión <input type="checkbox"/>	Enfermedad Profesional <input type="checkbox"/>
Fecha*	(dd/mm/aaaa)	Horario de la jornada	De a hs.	De a hs.
		Horario del siniestro		
Lugar del accidente				
Breve descripción del hecho y sus consecuencias				
Forma del Accidente	(Cod.)	Agente causante del hecho	(Cod.)	
Naturaleza de la lesión	(Cod.)	Zona afectada	(Cod.)	
Mano hábil	Derecha <input type="checkbox"/>	Izquierda <input type="checkbox"/>		

ACCIDENTE IN ITINERE ☐

Denuncia policial N°	Comisaría
PRIMER AUXILIO	
Médico	MN o MP
Establecimiento Asistencial	
Domicilio	
Localidad	Provincia
C.P.	Teléfono
TESTIGOS	
Nombre y Apellido	D.N.I.
Domicilio	Teléfono
Nombre y Apellido	D.N.I.
Domicilio	Teléfono
ESTABLECIMIENTO ASISTENCIAL (al que fue derivado el damnificado)	
Domicilio	Localidad
Provincia	País
C.P.	Teléfono

(dd/mm/aaaa) Fecha de emisión	Firma autorizada	Aclaración
----------------------------------	------------------	------------

(*) En enfermedad Profesional colocar la fecha de la primera manifestación.