

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°

Nº 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

CIIU

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 Internos Externos 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

Nº Siniestro

DATOS DEL SINIESTROACCIDENTE de trabajo In Itinere en comisión Enfermedad Profesional

Fecha* (dd/mm/aaaa) Horario de la jornada De a hs. De a hs. Horario del siniestro hs.

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 Izquierda ACCIDENTE IN ITINERE Denuncia policial Nº Comisaría**PRIMER AUXILIO**Médico MN o MP

Establecimiento Asistencial

Domicilio

Localidad Provincia C.P. Teléfono**TESTIGOS**Nombre y Apellido D.N.I. Domicilio TeléfonoNombre 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.