

# Denuncia de Accidente de Trabajo o Enfermedad Profesional

## Datos del empleador

Nombre de la Empresa: \_\_\_\_\_ CUIT: \_\_\_\_\_ Contrato N°: \_\_\_\_\_ CIU: \_\_\_\_\_  
 Domicilio: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_ C.P.: \_\_\_\_\_  
 Tel.: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

## Nombre del establecimiento de ocurrencia del accidente o detección de la enfermedad profesional

Código Establecimiento: \_\_\_\_\_ CIU: \_\_\_\_\_ Empresa subcontratada: Sí  NO   
 CUIT ocurrencia o detección: \_\_\_\_\_ Domicilio: \_\_\_\_\_  
 Localidad: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_ C.P.: \_\_\_\_\_

## Datos del trabajador

Nombre/s y Apellido/s: \_\_\_\_\_  
 Tipo y Número de Documento: \_\_\_\_\_ CUIL: \_\_\_\_\_  
 Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Nacionalidad: \_\_\_\_\_ Género: M  F   
 Estado Civil: Soltero/a  Casado/a  Separado/a  Divorciado/a  Viudo/a  Unión Convivencial  Unión Civil   
 Domicilio: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_  
 Provincia: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
 Fecha de Ingreso en la Empresa: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Fecha de Ingreso al Establecimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
 Turno de Trabajo habitual: Fijo  Rotativo  Jornada habitual: desde \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_ Situación contractual \_\_\_\_\_  
 Fecha último examen periódico: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Obra Social: \_\_\_\_\_  
 Puesto de trabajo en el momento del accidente o detección de Enfermedad Profesional: \_\_\_\_\_ Antigüedad: \_\_\_\_\_  
 Puesto de trabajo anterior: \_\_\_\_\_ Antigüedad: \_\_\_\_\_

## Información sobre el siniestro

ACCIDENTE DE TRABAJO  ENFERMEDAD PROFESIONAL

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

## Accidente de trabajo

Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Horario de la jornada el día del accidente: \_\_\_\_\_ Hora del accidente: \_\_\_\_\_  
 Fecha de inicio de la inasistencia laboral: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ ¿Realizaba una tarea habitual al accidentarse?: Sí  NO   
 Descripción del Accidente y sus consecuencias: \_\_\_\_\_

(Las tablas para completar este formulario están disponibles en [www.swissmedicalseguros.com](http://www.swissmedicalseguros.com))

Agente material asociado		Diagnóstico	1			2				3			
		Naturaleza de la lesión	1			2				3			
Forma del accidente		Zona del cuerpo afectada	1			2				3			

## Enfermedad profesional

	Descripción de la enfermedad profesional	Agente material asociado (ver tabla)	Zona del cuerpo afectada	Tiempo exposición al agente	Fecha de diagnóstico	Forma de diagnóstico	Fecha inicio inasistencia laboral
AG. CAUSANTE 1	Diagnóstico 1 Diagnóstico 2						
AG. CAUSANTE 2	Diagnóstico 1 Diagnóstico 2						
AG. CAUSANTE 3	Diagnóstico 1 Diagnóstico 2						

## La enfermedad se detectó en (códigos de detección de la enfermedad)

Examen preocupacional	P	Ausencia Prolongada	A	Sanatorio Privado	N	Peritaje Judicial	J
Examen periódico	R	Transferencia de puesto de trabajo	T	Hospital Público	H	Comisión Médica	S
Examen de egreso	E	Obra social	O	Consulta en Amb. No Hospit.	M	Prestación ART	B

## Centro asistencial

Domicilio: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_  
 Provincia: \_\_\_\_\_ C.P.: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

## Accidente in itinere

Denuncia policial Nro.: \_\_\_\_\_ (Adjuntar Copia) Comisaría: \_\_\_\_\_

La información incluida en la presente Denuncia de Accidente de Trabajo o enfermedad Profesional, así como de los datos personales contenidos en éste documento, se resguardarán de acuerdo con las Políticas Corporativas de Seguridad Informática y conforme a la ley 25.326 de Protección de los Datos Personales, siempre y cuando los mismos se encuentren dentro del ámbito de dominio de SWISS MEDICAL ART S.A.. SWISS MEDICAL ART S.A., no se hace responsable por la manipulación, divulgación y/o publicación de los datos o información incluidos en este documento, o cualquier otra acción que terceros no autorizados, puedan hacer con la misma.

Lugar y Fecha

Firma, Aclaración y DNI del Denunciante