

Importante: Anticipar esta información telefónicamente al **0800-777-6785** y remitir el presente formulario dentro de las 48 horas a nuestras Oficinas

ACCIDENTE de TRABAJO
En otro Centro o Lugar de Trabajo
Intercurrencia
ENFERMEDAD PROFESIONAL

ACCIDENTE IN ITINERE (al Ir o Volver del Trabajo)
REINGRESO Si _____ No _____ Fecha _____ / _____ / _____ Nº Siniestro anterior

Datos del Empleador

Razón Social _____ CUIT N° _____ Contrato N° _____ CIU _____
 Domicilio _____ Localidad _____ C.Postal _____ Provincia _____
 Nombre del Establecimiento de ocurrencia del Accidente o detección de Enf. Profesional _____
 CUIT de ocurrencia del Accidente o detección de Enf. Profesional N° _____ Código del Establecimiento _____ CIU _____
 Domicilio _____ Teléfono (_____) _____
 Localidad _____ C.Postal _____ Provincia _____ Empresa Subcontratada Si _____ No _____

Datos del Trabajador

Apellido y Nombre _____ DNI N° _____
 CUIL N° _____ Fecha de Nacimiento _____ / _____ / _____ Sexo F _____ M _____ Estado Civil _____
 Domicilio _____
 Teléfono (_____) _____ Localidad _____ C.Postal _____ Provincia _____ Nacionalidad _____
 Mano Hábil _____ Fecha Ingreso a la Empresa _____ / _____ / _____ Remuneración a la Fecha del Accidente \$ _____ Jornal \$ _____
 Turno de Trabajo Habitual: Diurno _____ Nocturno _____ Rotativo _____ Jornada Habitual de _____ a _____ y de _____ a _____ horas
 Fecha de Ultimo Exámen Periódico _____ / _____ / _____ O. Social _____ Situación Contractual _____
 Antigüedad al momento del Diagnóstico _____ Puesto de trabajo anterior (C.I.U.O.) _____
 Puesto de Trabajo en el momento del Accidente o detección de Enfermedad Profesional _____ C.I.U.O. _____
 Otro Empleador al momento del Accidente o Enf. Profesional Si _____ No _____ Razón Social _____

Información sobre el Accidente de Trabajo

Accidente de Trabajo Resol. 3326/2014 - Tablas III; IV; V; VI

Fecha de Accidente _____ / _____ / _____ Hora _____ Horario de Jornada del dia del Accidente de _____ a _____ Inicio Inasistencia Laboral _____ / _____ / _____
 Domicilio de ocurrencia del Accidente _____
 Establecimiento Propio _____ Otro Lugar _____ Cód Postal _____ Localidad _____ Provincia _____
 Descripción del Accidente y sus Consecuencias _____

Código de Lesión (según Tabla R.E.N.A.L.*)

Accidente de Tránsito _____

Gravedad presunta Leve _____ Grave _____ Mortal _____

Agente material asociado

--

Diagnóstico

Naturaleza de Lesión

--	--	--

Forma del Accidente

--

Zona Cuerpo Afectada

--	--	--

Centro Médico de Primera Atención _____

Domicilio _____ Teléfono (_____) _____ Localidad _____

Accidente In Itinere _____ Denuncia Policial N° _____ (adjuntar) Comisaría _____

Prestador al que fue derivado el damnificado por PopulArt _____

Lugar y Fecha

Firma Autorizada y Aclaración

Importante: Este Formulario deberá ser completado únicamente ante casos de Enfermedades Profesionales y reemplazará el llenado del apartado "Datos del Accidente de Trabajo" del Formulario de Denuncia de Accidente de Trabajo o Enfermedad Profesional

Datos de la Enfermedad Profesional

Fecha 1era. Manifestación Invalidante

/ /

Descripción General de la Enfermedad

Características de la Enfermedad y Diagnóstico _____

Agente causante de Enfermedad	Código	Tiempo de Exposición al Agente causante	Cant. Meses	Fecha de Ultimo Examen Periódico	Día / Mes / Año
Código Ocupación Trab. anterior	Código	Antigüedad en el Puesto Anterior	Cant. de Meses	Situación Contractual del Trabajador	

Descripción 1er Diagnóstico

1er Diagnóstico Origen Enfermedad	Código CIE 10	Fecha 1er Diagnóstico	Día / Mes / Año	Zona del Cuerpo Afectada	Código	Agente Material Asociado	Código
-----------------------------------	---------------	-----------------------	-----------------	--------------------------	--------	--------------------------	--------

Origen de la Enfermedad Prof.	Ex. Preocupacional _____ Ex. Periódico _____ Cambio de Puesto _____ Ausencia Prolongada _____ Ex. Egreso _____ Hospital Público _____ Sanatorio Privado _____ Obra Social _____ Prestador ART _____ Peritaje Judicial _____
-------------------------------	--

Descripción 2do Diagnóstico

2do Diagnóstico Origen Enfermedad	Código CIE 10	Fecha 2do Diagnóstico	Día / Mes / Año	Zona del Cuerpo Afectada	Código	Agente Material Asociado	Código
-----------------------------------	---------------	-----------------------	-----------------	--------------------------	--------	--------------------------	--------

Origen de la Enfermedad Prof.	Ex. Preocupacional _____ Ex. Periódico _____ Cambio de Puesto _____ Ausencia Prolongada _____ Ex. Egreso _____ Hospital Público _____ Sanatorio Privado _____ Obra Social _____ Prestador ART _____ Peritaje Judicial _____
-------------------------------	--

Descripción 3er Diagnóstico

3er Diagnóstico Origen Enfermedad	Código CIE 10	Fecha 3er Diagnóstico	Día / Mes / Año	Zona del Cuerpo Afectada	Código	Agente Material Asociado	Código
-----------------------------------	---------------	-----------------------	-----------------	--------------------------	--------	--------------------------	--------

Origen de la Enfermedad Prof.	Ex. Preocupacional _____ Ex. Periódico _____ Cambio de Puesto _____ Ausencia Prolongada _____ Ex. Egreso _____ Hospital Público _____ Sanatorio Privado _____ Obra Social _____ Prestador ART _____ Peritaje Judicial _____
-------------------------------	--

En caso de haber más de un agente causante que responda a los diagnósticos enunciados precedentemente, por favor completar el siguiente apartado:

Agente causante de Enfermedad	Código	Tiempo de Expos. al agente causante	Cant. Meses
Agente causante de Enfermedad	Código	Tiempo de Expos. al agente causante	Cant. Meses
Agente causante de Enfermedad	Código	Tiempo de Expos. al agente causante	Cant. Meses

Observaciones _____

Lugar y Fecha

Firma Autorizada y Aclaración

Coordinación de Emergencia Médica

0800 777 6785