

IMPORTANTE: anticipar esta información telefónicamente al 0800-333-6888 y/o por fax al +54 011 3754-6700. Dentro de las 24hs., remitir el original a San Martín 588, 5° Piso, (C1003ABN), colocando en el sobre "Denuncia de Siniestro/ Enfermedad Profesional" - At.: Gerencia de Siniestros. En caso de Enfermedad Profesional, recuerde completar y enviar el formulario "Anexo Denuncia Enfermedad Profesional".

N° de Siniestro
Reingreso

SI ☐ NO ☐

Accidente ☐

Enfermedad Profesional ☐
N° de Siniestro Anterior
DATOS DEL EMPLEADOR

Razón Social:

CUIT:

N° de Contrato:

CIU Principal (1):

Calle:

N°:

Localidad / Provincia:

CP:

DDN:

TE.:

Empresa Subcontratada: SI ☐ NO ☐

Razón Social:

CUIT:

(1) Código de Actividad (CIU): Consultar las tablas de codificación en nuestra página web www.mutualruralart.org.ar
DATOS DEL TRABAJADOR

Apellido y Nombre:

Sexo: M ☐ F ☐

Fecha de Nacimiento:

Calle:

N°:

Piso:

Dpto:

CP:

Localidad:

DDN:

TE.:

Celular:

Provincia:

Tipo y N° de Documento:

CUIL:

Nacionalidad:

Estado Civil:

Fecha Ingreso Emp.:

IBM: \$

Código Ocupación Actual (2):

Antigüedad en el Puesto Actual:

Meses

Horario Rotativo: SI ☐ NO ☐

De (Hs) (3):

A (Hs) (3):

Fecha de Ingreso al Establecimiento:

(2) Puesto de Trabajo: Consultar las tablas de codificación en nuestra página web www.mutualruralart.org.ar

(3) Indicar que horario realizaba el día del accidente

DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DEL TRABAJADOR (4)

Nombre / Denominación:

Cod. Est.:

CIU Est.:

Calle:

N°:

CP:

Localidad / Provincia:

DDN:

TE.:

(4) Datos del Establecimiento declarado al registro de Establecimientos de AFIP.

DATOS DEL LUGAR DEL ACCIDENTE O DE DETECCIÓN DE LA ENFERMEDAD PROFESIONAL

CUIT de Ocurrencia:

Calle:

N°:

Piso:

Dpto:

Localidad:

CP:

Provincia:

DDN:

TE.:

Empresa Subcontratada: SI ☐ NO ☐
DATOS DEL ACCIDENTE LABORAL (5)
Característica del Siniestro

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

Fecha del accidente:

Hora inicio de jornada
laboral el día del accidente

Hora del accidente:

Hora fin de jornada
laboral el día del accidente

Con baja laboral: SI ☐ NO ☐

Fecha de inicio inasistencia laboral:

En caso de reingreso, indicar fecha de reingreso:

(5) En caso de Enfermedad Profesional, deberá completar el "Anexo Denuncia de Enfermedad Profesional", no siendo necesario el llenado de este apartado

BREVE DESCRIPCIÓN DE LOS HECHOS

TESTIGOS (Apellido y Nombre, Tipo y N° de documento, Teléfono)

CODIFICACIÓN DE LOS DATOS DEL SINIESTRO (6)

Agente Material Asociado		Diagnóstico 1 (CIE 10)		Zona del Cuerpo Afectada 1		Naturaleza de la Lesión 1	
Forma del Accidente		Diagnóstico 2 (CIE 10)		Zona del Cuerpo Afectada 2		Naturaleza de la Lesión 2	
Mano Hábil	Der. <input type="radio"/> Izq. <input type="radio"/>	Diagnóstico 3 (CIE 10)		Zona del Cuerpo Afectada 3		Naturaleza de la Lesión 3	

(6) Consultar las tablas de codificación en nuestra página web www.mutualruralart.org.ar

DATOS DEL PRESTADOR ASISTENCIAL

Prestador / Centro Médico Asistencial:

Calle: _____ | N°: _____ | Piso: _____ | Dpto: _____

Localidad: _____ | Provincia: _____

CP: _____ | DDN: _____ | TE.: _____ | DDN: _____ | Fax: _____

Grado Lesión Presunta Identificada: Leve ☐ Grave ☐ Mortal ☐

Lugar y Fecha

Fecha de Ingreso a la Aseguradora

Firma autorizada de la empresa y Aclaración