

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 <input type="radio"/> Grave <input type="radio"/> Mortal <input type="radio"/>					

Lugar y Fecha

Fecha de Ingreso a la Aseguradora

Firma autorizada de la empresa y Aclaración

IMPORTANTE: este formulario deberá ser completado únicamente ante casos de enfermedades profesionales y reemplaza el llenado del apartado "Datos del Accidente Laboral" del formulario de Denuncia de Accidente Laboral o Enfermedad Profesional. 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 535, 5° Piso, (C1070AAB), colocando en el sobre "Denuncia de Siniestro/ Enfermedad Profesional" - At.: Gerencia de Siniestros.

N° de Siniestro
Fecha 1° Manif. Invalidante
DATOS DEL EMPLEADOR

Razón Social:

CUIT:

DATOS DEL TRABAJADOR

Apellido y Nombre:

CUIL:

Celular:

DATOS DE LA ENFERMEDAD PROFESIONAL
Descripción general de la enfermedad
Características de la enfermedad y diagnósticos

Agente Causante de la enfermedad (1):

Tiempo de Exposición al Agente Causante:

meses

Código de Ocupación Trabajo Anterior (1):

Antigüedad en el Puesto Anterior:

meses

Fecha de Último Examen Periódico:

Situación Contractual del Trabajador:

Descripción 1° diagnóstico

Diagnóstico 1 (CIE 10)		Fecha 1° Diagnóstico		Zona del Cuerpo Afectada 1 (1)		Agente Material Asociado 1 (1)
Origen de la Enfermedad Profesional 1	<input type="radio"/> Ex. Preocupacional	<input type="radio"/> Ex. Periódico	<input type="radio"/> Cambio Puesto de Trabajo	<input type="radio"/> Ausencia Prolongada	<input type="radio"/> Ex. Egreso	<input type="radio"/> Hospital Público
	<input type="radio"/> Prestador ART	<input type="radio"/> Obra Social	<input type="radio"/> Sanatorio Privado	<input type="radio"/> Ex. Transferencia Actividad	<input type="radio"/> Sala / CAP	<input type="radio"/> Peritaje Judicial

Descripción 2° diagnóstico

Diagnóstico 2 (CIE 10)		Fecha 2° Diagnóstico		Zona del Cuerpo Afectada 2 (1)		Agente Material Asociado 2 (1)
Origen de la Enfermedad Profesional 2	<input type="radio"/> Ex. Preocupacional	<input type="radio"/> Ex. Periódico	<input type="radio"/> Cambio Puesto de Trabajo	<input type="radio"/> Ausencia Prolongada	<input type="radio"/> Ex. Egreso	<input type="radio"/> Hospital Público
	<input type="radio"/> Prestador ART	<input type="radio"/> Obra Social	<input type="radio"/> Sanatorio Privado	<input type="radio"/> Ex. Transferencia Actividad	<input type="radio"/> Sala / CAP	<input type="radio"/> Peritaje Judicial

Descripción 3° diagnóstico

Diagnóstico 3 (CIE 10)		Fecha 3° Diagnóstico		Zona del Cuerpo Afectada 3 (1)		Agente Material Asociado 3 (1)
Origen de la Enfermedad Profesional 3	<input type="radio"/> Ex. Preocupacional	<input type="radio"/> Ex. Periódico	<input type="radio"/> Cambio Puesto de Trabajo	<input type="radio"/> Ausencia Prolongada	<input type="radio"/> Ex. Egreso	<input type="radio"/> Hospital Público
	<input type="radio"/> Prestador ART	<input type="radio"/> Obra Social	<input type="radio"/> Sanatorio Privado	<input type="radio"/> Ex. Transferencia Actividad	<input type="radio"/> Sala / CAP	<input type="radio"/> 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 la enfermedad (1):	Tiempo de Exposición al Agente Causante:	meses
Agente Causante de la enfermedad (1):	Tiempo de Exposición al Agente Causante:	meses
Agente Causante de la enfermedad (1):	Tiempo de Exposición al Agente Causante:	meses

OBSERVACIONES

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

Le informamos a Ud. que ante un caso de enfermedad profesional (denunciado o detectado por esta ART), y a fines de dar cumplimiento con la documentación exigida por la Res, S.R.T. 460/08, se lo intimará a presentar dentro del término de 10 días corridos: Registros contaminantes que incluya los estudios de contaminación ambientales; constancias de capacitación al personal; listado de riesgos; examen preocupacional; listado de productos y sustancias químicas existentes en la empresa; profesiograma; evaluación de puestos de trabajo; historia clínica laboral; certificado de provisión de elementos de protección personal; dictámenes sobre tareas normales o especiales (insalubridades y cambios en la duración de la jornada laboral).

Lugar y Fecha

Fecha de Ingreso a la Aseguradora

Firma autorizada de la empresa y Aclaración