

IMPORTANTE: anticipar esta información telefónicamente al 0-800-333-1400 y/o por fax al 0800-333-0808, opción 2. Dentro de las 24 hs., remitir el original a Piedras 22, Planta Baja, (C1070AAB), colocando en el sobre "Denuncia de Siniestro / Enfermedad Profesional"- At.: Gerencia de Siniestros- Unidad de Procesos Centrales. En caso de Enfermedad Profesional, recuerde completar y enviar el formulario "Anexo Denuncia Enfermedad Profesional".

NRO. DE SINIESTRO	REINGRESO	SI	NO	NRO. DE SINIESTRO ANTERIOR	ACCIDENTE	ENFERMEDAD PROFESIONAL
-------------------	-----------	----	----	----------------------------	-----------	------------------------

DATOS DEL EMPLEADOR

RAZÓN SOCIAL				C.U.I.T.			
NRO. DE CONTRATO	C.I.U. PRINCIPAL (1)	CALLE				NRO.	
LOCALIDAD / PROVINCIA				CÓDIGO POSTAL ARG.	D.D.N.	TELÉFONO	
EMPRESA SUBCONTRATADA	RAZÓN SOCIAL				C.U.I.T.		
SI	NO						

(1) Código de Actividad (C.I.U.): consultar tablas de codificación en nuestra página web www.galenoseguros.com.ar

DATOS DEL TRABAJADOR

APELLIDO Y NOMBRES										SEXO	M	F	FECHA DE NACIMIENTO			
CALLE										NRO.				PISO	DPTO.	
CÓDIGO POSTAL ARGENTINO	LOCALIDAD			D.D.N.	TELÉFONO			CELULAR PARA ENVÍO DE S.M.S.			Empresa Celular					
								0 15			Movistar	Personal	Claro	Nextel		
PROVINCIA				D.N.I.	L.C.	L.E.	C.I.	NRO.			C.U.I.L.					
NACIONALIDAD						ESTADO CIVIL				FECHA INGRESO EMP.			IBM			
													\$			
CÓDIGO OCUPACIÓN ACTUAL (2)	ANTIGÜEDAD EN EL PUESTO ACTUAL			CANT. MESES		HORARIO ROTATIVO		SI	NO	DE (hs) (3)		A (hs) (3)		FECHA INGRESO AL EST.		

(2) Puesto de Trabajo: consultar tablas de codificación en nuestra página web www.galenoseguros.com.ar

(3) Indicar que horario realizaba el día del accidente.

DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DEL TRABAJADOR (4)

NOMBRE/DENOMINACIÓN										COD. EST.		C.I.U. EST.	
CALLE										NRO.		CÓDIGO POSTAL ARG.	
LOCALIDAD / PROVINCIA										D.D.N.		TELÉFONO	

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

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

C.U.I.T. DE OCURRENCIA				CALLE											
NRO.	PISO	DPTO.	LOCALIDAD										CÓDIGO POSTAL ARG.		
PROVINCIA				D.D.N.	TELÉFONO				EMPRESA SUBCONTRATADA						
									SI NO						

DATOS DEL ACCIDENTE LABORAL (5)

CARACTERÍSTICAS DEL SINIESTRO

<input type="radio"/> AL IR O VOLVER DEL TRABAJO <input type="radio"/> EN OTRO CENTRO O LUGAR DE TRABAJO <input type="radio"/> INTERCURRENCIA <input type="radio"/> DESPLAZAMIENTO EN EL DÍA LABORAL <input type="radio"/> EN EL TRABAJO <input type="radio"/> OTRO	FECHA DEL ACCIDENTE HORA DEL ACCIDENTE	FECHA DE OCURRENCIA HORA DE OCURRENCIA	HORA INICIO DE JORNADA EL DÍA DEL ACCIDENTE HORA FIN DE JORNADA EL DÍA DEL ACCIDENTE	HORA HORA	SI NO	FECHA DE INASISTENCIA LABORAL FECHA DE REINGRESO
--	---	---	---	--------------	----------	---

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

BREVE DESCRIPCIÓN DE LOS HECHOS

--

TESTIGOS (Apellido y Nombre, Tipo y Nro. de Documento, Teléfono)

--

CODIFICACIÓN DE LOS DATOS DEL SINIESTRO (6)

AGENTE MATERIAL ASOCIADO	DIAGNÓSTICO 1 (CIE10)	ZONA DEL CUERPO AFECTADA 1	NATURALEZA DE LA LESIÓN 1
FORMA DEL ACCIDENTE	DIAGNÓSTICO 2 (CIE10)	ZONA DEL CUERPO AFECTADA 2	NATURALEZA DE LA LESIÓN 2
DER. IZO.	DIAGNÓSTICO 3 (CIE10)	ZONA DEL CUERPO AFECTADA 3	NATURALEZA DE LA LESIÓN 3

(6) Consultar tablas de codificación en nuestra página web www.galenoseguros.com.ar

DATOS DEL PRESTADOR ASISTENCIAL

PRESTADOR/ CENTRO MÉDICO ASISTENCIAL									
CALLE									
NRO.									
PISO									
DPTO.									
LOCALIDAD					PROVINCIA				
CÓDIGO POSTAL ARG.					D.D.N.	TELÉFONO		D.D.N.	FAX
					GRADO LESIÓN PRESUNTA IDENTIFICADA		LEVE	GRAVE	MORTAL

LUGAR Y FECHA

FECHA DE INGRESO A LA ASEGURADORA

FIRMA AUTORIZADA DE LA EMPRESA Y ACLARACIÓN

ORIGINAL PARA GALENO ART - DUPLICADO PARA EL EMPLEADOR

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 de Trabajo o Enfermedad Profesional. Importante: anticipar esta información telefónica al 0-800-333-1400 opción 2 y/o por fax al 0800-333-0808, opción 2. Dentro de las 24 hs. remitir el original a Piedras 22, Planta Baja, (C1070AAB), colocando en el sobre "Denuncia de Sinistro / Enfermedad Profesional" - At.: Gerencia de Sinistros - Unidad de Procesos Centrales.

NRO. DE SINISTRO	FECHA 1° MANIF. INVALIDANTE

DATOS DEL EMPLEADOR

RAZÓN SOCIAL	C.U.I.T.

DATOS DEL TRABAJADOR

APELLIDO Y NOMBRES		C.U.I.L.
CELULAR PARA ENVÍO DE S.M.S.	Empresa Celular	
0 15	<input type="radio"/> Movistar <input type="radio"/> Personal <input type="radio"/> Claro <input type="radio"/> Nextel	

EJEMPLO: 0- 11-15 - 5448-6898

DATOS DE LA ENFERMEDAD PROFESIONAL

DESCRIPCIÓN GENERAL DE LA ENFERMEDAD

CARACTERÍSTICAS DE LA ENFERMEDAD Y DIAGNÓSTICOS

AGENTE CAUSANTE DE LA ENFERMEDAD (1)	CÓDIGO	TIEMPO DE EXPOSICIÓN AL AGENTE CAUSANTE	CANT. DE MESES	FECHA DE ÚLTIMO EXAMEN PERIÓDICO	DIA- MES- AÑO
CÓDIGO OCUPACION TRAB. ANTERIOR (1)	CÓDIGO	ANTIGÜEDAD EN EL PUESTO ANTERIOR	CANT. MESES	SITUACIÓN CONTRACTUAL DEL TRABAJADOR	

DESCRIPCIÓN 1° DIAGNÓSTICO

1° DIAGNÓSTICO	CÓDIGO CIE10	FECHA 1° DIAGNÓSTICO	DIA- MES- AÑO	ZONA CUERPO AFECTADA 1 (1)	CÓDIGO	AGENTE MATERIAL ASOCIADO 1 (1)	CÓDIGO
ORIGEN DE LA ENF. PROF. 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

2° DIAGNÓSTICO	CÓDIGO CIE10	FECHA 2° DIAGNÓSTICO	DIA- MES- AÑO	ZONA CUERPO AFECTADA 2 (1)	CÓDIGO	AGENTE MATERIAL ASOCIADO 2 (1)	CÓDIGO
ORIGEN DE LA ENF. PROF. 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

3° DIAGNÓSTICO	CÓDIGO CIE10	FECHA 3° DIAGNÓSTICO	DIA- MES- AÑO	ZONA CUERPO AFECTADA 3 (1)	CÓDIGO	AGENTE MATERIAL ASOCIADO 3 (1)	CÓDIGO
ORIGEN DE LA ENF. PROF. 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)	CÓDIGO	TIEMPO DE EXPOSICIÓN AL AGENTE CAUSANTE	CANT. DE MESES
AGENTE CAUSANTE DE LA ENFERMEDAD (1)	CÓDIGO	TIEMPO DE EXPOSICIÓN AL AGENTE CAUSANTE	CANT. DE MESES
AGENTE CAUSANTE DE LA ENFERMEDAD (1)	CÓDIGO	TIEMPO DE EXPOSICIÓN AL AGENTE CAUSANTE	CANT. DE MESES

OBSERVACIONES

--

(1) Consultar tablas de codificación en nuestra página web www.galenoseguros.com.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:

Registro de 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
ORIGINAL PARA GALENO ART - DUPLICADO PARA EL EMPLEADOR