

**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".

NOME DO SOLICITANTE		REQUERENTE		NOME DO SOLICITANTE		ACORDANTE		EMPREGADO PROFISSIONAL	
Nº 1131458/100		X		1083891/100		X			

**DATOS DEL EMPLEADOR**

MADIEVER, S.R.L.		30-59020824-4.	
222464	1.18/199	MAR.MOL.1549.	
RAMOS MEJIA.		1704	4484-3106/64

[1] Código de Actividad (C.A.I.U.): consultar tablas de codificación en nuestra página web [www.galenart.com.ar](http://www.galenart.com.ar) o en los soportes magnéticos adjuntos al kit de bienvenida.

### DATOS DEL TRABAJADOR

DUGARIN VERDON RAMONA.										SEXO		X		09-03-1976	
SCHUBERT												779		-	
1422										Medio		0 11 15		61368130	
Buenos Aires										X		93038033		23-930380334	
PARAGUAY										SOLTERA		17-01-2011		5	
CODIGO OCUPACION ACTUAL (2)		ANTIGÜEDAD EN EL PUESTO ACTUAL				HORARIO ROTATIVO									
		24 MESES						X				6 H5.			

(2) Ruesto de Trabajo: consultar tablas de codificación en nuestra página web [www.galenoart.com.ar](http://www.galenoart.com.ar) o en los soportes magnéticos adjuntos al kit de bienvenida.

(2) indicar que Horatio realizaba el día del accidente.

## DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DEL TRABAJADOR (a)

RAMOS DEL ESTABLECIMIENTO DE MARQUEZ	1549	1704
MARIEVER S.R.L. UNICA		
MARMOL		
RAMOS MELIA. PROVINCIA BUENOS AIRES.	1489-6493/310	

(4) Datos del establecimiento declarado al registro de establecimientos de AFP

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

[illegible]

## DATOS DEL ACCIDENTE LABORAL (5)

## CARACTERÍSTICAS DEL SINIESTRO

ALVO O VOLVER DEL TRABAJO	EN OTRO CENTRO O LUGAR DE TRABAJO	OTRO	FECHA DEL ACCIDENTE	DE JORNADA EL DIA DEL ACCIDENTE	COEBAJA LABORAL
			09-05-2013	06 HS.	
DESPLAZAMIENTO EN EL DIA LABORAL	EN EL TRABAJO		HORA DEL ACCIDENTE	HORA FIN DE JORNADA EL DIA DEL ACCIDENTE	EN CASO DE REINGRESO
			8:40 HS.		

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

16) Último día trabajado

### BREVE DESCRIPCIÓN DE LOS HECHOS

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

SANCHI 2 IVÁN DNI 36.276.963 DNI 36276.963 T.4484-31

## CODIFICACIÓN DE LOS DATOS DEL SINIESTRO (2)

AGENTE MATERIAL ASOCIADO			DIAGNÓSTICO 1 ICSE 100		ZONA DEL CUERPO AFECTADA 1		NATURALEZA DE LA LESIÓN 1	
FORMA DEL ACCIDENTE			DIAGNÓSTICO 2 ICSE 100		ZONA DEL CUERPO AFECTADA 2		NATURALEZA DE LA LESIÓN 2	
MISMO HOMBRE	SEXO	EDAD	DIAGNÓSTICO 3 ICSE 100		ZONA DEL CUERPO AFECTADA 3		NATURALEZA DE LA LESIÓN 3	

(7) Consultar tablas de codificación en nuestra página web [www.galenart.com.ar](http://www.galenart.com.ar) o en los soportes magnéticos adjuntos al kit de bienvenida.

### DATOS DEL PRESTADOR ASISTENCIAL

INFORMACIÓN DEL SUJETO DE LA INVESTIGACIÓN									
NOMBRE		CALLE		CÓDIGO		CITY		ESTADO	
DIRECCIÓN					PROVINCIA				
CÓDIGO POSTAL ABO		D.D.N.		TELÉFONO		D.D.N.		EAB	
GRADO LESIÓN		PRESUNTA IDENTIFICADA		EAB		CITY		ESTADO	

LUGAR Y FECHA

FECHA DE INGRESO A LA ASEGURADORA

FIRMA AUTORIZADA DE LA EMPRESA Y ACLARACIÓN