

Formulario para ser presentado ante un prestador de la red de ART MUTUAL RURAL.

La carencia parcial o total de datos en el presente formulario no podrá demorar la atención del trabajador siniestrado.

Los datos deben ser completados por el Empleador.

Le recordamos que para emergencias médicas, realizar la denuncia telefónica del accidente / enfermedad, obtener el N° de siniestro y efectuar solicitudes de traslados, deberá contactarse con el CE.CAP. 0800-333-8888. La línea se encuentra disponible para Ud. las 24 hs. del día, los 365 días del año.

**N° de Siniestro** 

Lugar:

Fecha:

Hora:

**IDENTIFICACIÓN DE LA ASEGURADORA**Denominación: **ASEGURADORA DE RIESGOS DE TRABAJO MUTUAL RURAL**Código ART: **002 7 - 2****DATOS DEL TRABAJADOR**

Apellido y Nombre:

CUIL:

Tipo y N° de Documento:

Legajo N°:

Calle:

N°:

Piso:

Dpto:

Localidad:

Provincia:

Cód. Postal Arg.:

Teléfono (ddn - n°):

Celular:

Tareas que desarrolla el trabajador:

**DATOS DEL EMPLEADOR**

Razón Social:

CUIT:

Calle:

N°:

Piso:

Dpto:

Teléfono (ddn - n°):

Cód Postal Arg.:

Localidad:

Provincia:

N° Contrato:

**DATOS DEL ESTABLECIMIENTO**

Calle:

N°:

Piso:

Dpto:

Teléfono (ddn - n°):

Cód Postal Arg.:

Localidad:

Provincia:

**DATOS DEL PRESTADOR**

Nombre Establecimiento Asistencial:

Calle:

N°:

Piso:

Dpto:

Teléfono (ddn - n°):

Fax (ddn - n°):

Cód Postal Arg.:

Localidad:

Provincia:

**Solicitamos brinde asistencia al trabajador indicado más arriba, el que:** Ha sufrido un accidente de trabajo  Manifiesta una afección de probable origen profesional

El día

a las

hs.

Mientras prestaba servicios para este Empleador

Agente Causante de la Lesión (\*):

Lugar y forma en que se produjo la lesión (motivo o lesión por la que se solicita la atención)

**FIRMA Y SELLO DEL EMPLEADOR**