

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 Operaciones.

N° de Siniestro
Fecha 1° Manif. Invalidante
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 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	☐ Ex. Preocupacional	☐ Ex. Periódico	☐ Cambio Puesto de Trabajo	☐ Ausencia Prolongada	☐ Ex. Egreso	☐ Hospital Público
	☐ Prestador ART	☐ Obra Social	☐ Sanatorio Privado	☐ Ex. Transferencia Actividad	☐ Sala / CAP	☐ 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	☐ Ex. Preocupacional	☐ Ex. Periódico	☐ Cambio Puesto de Trabajo	☐ Ausencia Prolongada	☐ Ex. Egreso	☐ Hospital Público
	☐ Prestador ART	☐ Obra Social	☐ Sanatorio Privado	☐ Ex. Transferencia Actividad	☐ Sala / CAP	☐ 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	☐ Ex. Preocupacional	☐ Ex. Periódico	☐ Cambio Puesto de Trabajo	☐ Ausencia Prolongada	☐ Ex. Egreso	☐ Hospital Público
	☐ Prestador ART	☐ Obra Social	☐ Sanatorio Privado	☐ Ex. Transferencia Actividad	☐ Sala / CAP	☐ 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).

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

Original para ART MUTUAL RURAL - Duplicado para el Empleador