

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 Grave Mortal

Lugar y Fecha

Fecha de Ingreso a la Aseguradora

Firma autorizada de la empresa y Aclaración