

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

				C.U.I.T.			
NRO. DE CONTRATO	C.I.U.U. PRINCIPAL (1)	CALLE					
LOCALIDAD/ PROVINCIA				CÓDIGO POSTAL ARG.		D.D.N.	TELÉFONO

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

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					
PROVINCIA		D.N.I.	L.C.	L.E.	C.I.	NRO.	<input type="radio"/> Movistar <input type="radio"/> Personal <input type="radio"/> Claro <input type="radio"/> Nextel				
NACIONALIDAD				ESTADO CIVIL			FECHA INGRESO EMP.		IBM		
CÓDIGO OCUPIACION 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.galenoart.com.ar o en los soportes magnéticos adjuntos al kit de bienvenida.
 (3) Indicar que horario realizó el día del accidente.

DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DEL TRABAJADOR (4)

NOMBRE/DENOMINACIÓN				COD. EST.		C.I.U.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		
			<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> 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"/> OTRO	TIPO ULL ACCIDENTE <input type="text"/>	HORA INICIO DE JORNADA EL DIA DEL ACCIDENTE <input type="text"/>	HORA <input type="text"/>	CON BAJA LABORAL <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	FECHA BAJA LABORAL <input type="text"/>
<input type="radio"/> DESPLAZAMIENTO EN EL DÍA LABORAL <input checked="" type="radio"/> EN EL TRABAJO	HORA DEL ACCIDENTE <input type="text"/>	HORA FIN DE JORNADA EL DIA DEL ACCIDENTE <input type="text"/>	HORA <input type="text"/>	EN CASO DE REINGRESO, INDICAR <input type="text"/>	FECHA DE REINGRESO <input type="text"/>

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

BREVE DESCRIPCIÓN DE LOS HECHOS

--

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

--

CODIFICACIÓN DE LOS DATOS DEL SINIESTRO (7)

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
MANO HABIL	DER. IZQ.	DIAGNÓSTICO 3 (CIE10)	ZONA DEL CUERPO AFECTADA 3
			NATURALEZA DE LA LESIÓN 3

(7) Consultar tablas de codificación en nuestra página web www.galenoart.com.ar o en los soportes magnéticos adjuntos al kit de bienvenida.

DATOS DEL PRESTADOR ASISTENCIAL

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

LUGAR Y FECHA

FECHA DE INGRESO A LA ASEGURADORA

FIRMA AUTORIZADA DE LA EMPRESA Y ACLARACIÓN

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 Siniestro / Enfermedad Profesional" - At.: Gerencia de Siniestros - Unidad de Procesos Centrales.

NRO. DE SINIESTRO	FECHA 1° MANIF. INVAIDANTE

DATOS DEL EMPLEADOR

RAZÓN SOCIAL	C.U.I.T.

DATOS DEL TRABAJADOR

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

EJEMPLO: 0- 11-15 - 5448-8898

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 ORIGEN DE LA	CÓDIGO	FECHA 1° DIAGNÓSTICO	DIA- MES- AÑO	ZONA CUERPO AFECTADA 1 (1)	CÓDIGO	AGENTE MATERIAL ASOCIADO 1 (1)	CÓDIGO
ENF. PROF. 1	<input type="radio"/> Ex. Preocupacional <input type="radio"/> Ex. Periódico <input type="radio"/> Cambio Puesto <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						

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 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						

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 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						

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.galenart.com.ar o en los soportes magnéticos adjuntos al kit de bienvenida.

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; profiograma; 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