

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

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 Centro Operativo Médico (C.O.M.), al 0-800-333-1400. La línea se encuentra disponible para Ud. las 24 hs. del día, los 365 días del año.

N° de Siniestro

Lugar .....

Fecha  hora

### IDENTIFICACION DE LA ASEGURADORA

Denominación **GALENO ASEGURADORA DE RIESGOS DE TRABAJO S.A.** Código ART **0027-2**

### DATOS DEL TRABAJADOR

Apellidos y Nombres ..... C.U.I.L. n°

Documento  DNI  LE  LC  CI  Legajo n°

Domicilio Calle ..... n° ..... Piso/ Dto. ....

Cód Postal Arg  Teléfono (ddn - n°) .....

Celular para SMS  0  15  ..... Personal Movistar Claro Nextel  
EJEMPLO: 0-11-15-5448-6898

Localidad ..... Provincia .....

### DATOS DEL EMPLEADOR

Razón Social ..... C.U.I.L. n°

Domicilio Calle ..... n° ..... Piso/ Dto. ....

Teléfono (ddn - n°) ..... Cód Postal Arg

Localidad ..... Provincia ..... Nro. Contrato

### DATOS DEL ESTABLECIMIENTO

Domicilio Calle ..... n° ..... Piso/ Dto. ....

Teléfono (ddn - n°) ..... Cód Postal Arg

Localidad ..... Provincia .....

### DATOS DEL PRESTADOR

Nombre Establecimiento Asistencial .....

Domicilio Calle ..... n° ..... Piso/ Dto. ....

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

Lugar y forma en que se produjo la lesión .....

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

### FIRMA Y SELLO DEL EMPLEADOR

firma