

FORMULARIO 1
SOLICITUD DE ATENCIÓN

DATOS A COMPLETAR POR EL EMPLEADOR

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

LUGAR FECHA / / HORA

ASEGURADORA: **HORIZONTE CIA. ARG. DE SEG. GRALES S.A.** CÓDIGO: 0041-8

DATOS DEL EMPLEADOR

Razón Social CUIT

Domicilio

Localidad Provincia C.P. Tel.

PRESTADORA

Nombre

Domicilio

Localidad Provincia C.P. Tel.

Solicitamos brinden asistencia médica al trabajador indicado a continuación, el que:

- "ha sufrido un accidente de trabajo" (Marcar la opción que corresponda)

- "manifiesta una afección de probable etiología profesional"

el día / / a las : horas, mientras prestaba sus servicios para este empleador.

DATOS DEL TRABAJADOR

Nombre y Apellido CUIL

DNI / LC / LE / CI Legajo

Lugar y forma en que se produjo el accidente

.....

.....

Firma y sello del empleador

FORMULARIO 2

DENUNCIA DE ACCIDENTE DE TRABAJO O ENFERMEDAD PROFESIONAL

DATOS A COMPLETAR POR EL EMPLEADOR

EMPLEADOR

Nombre de la Empresa CUIT Contrato N° CIU
 Domicilio Localidad Provincia
 C.P. Tel: Fax: E-mail
 Nombre del establecimiento de ocurrencia del accidente o detección de la enfermedad profesional
 Código Establecimiento CIU Empresa subcontratada SI NO CUIT ocurrencia o detección
 Domicilio Localidad Pcia. de ocurrencia o detección C.P.

DATOS DEL TRABAJADOR

Apellido y Nombre Tipo y N° de Documento
 CUIL Nacionalidad Tel Fecha Nacimiento/...../..... Sexo M F
 Domicilio Localidad Provincia C.P.
 Estado civil Soltero Casado Viudo Divorciado Separado Unión de hecho
 Fecha de Ingr. en la empresa/...../..... Fecha de Ing. al establecimiento/...../..... Turno de trabajo habitual: Fijo rotativo
 Jornada Habitual (Desde/Hasta) Situación contractual Fecha último examen periódico/...../.....
 Obra Social Código Obra Social
 Puesto de trabajo en el momento del accidente o detección de Enfermedad Profesional Antigüedad
 Puesto de trabajo anterior Antigüedad

Enfermedad Profesional	Si el siniestro fue Múltiple (más de un trabajador en relación de dependencia damnificado en el mismo evento): a. Detalle el número de trabajadores involucrados: [] (En número) [] (En letras) b. Liste uno a uno los números de CUIL de cada uno de los otros involucrados en el mismo evento siniestral (además del que este denunciado en este formulario):
Accidente de trabajo	
En el trabajo	
En otro centro o lugar de trabajo	
Al ir o volver del trabajo	
Desplazamiento en día laboral	(Aparte debe contemplar y enviar un formulario F2 por cada CUIL aquí detallado)
Otro	

ACCIDENTE DE TRABAJO

Fecha/...../..... Horario de la jornada el día del accidente Hora Accidente
 Fecha de inicio de la inasistencia laboral/...../..... ¿Realizaba una tarea habitual al accidentarse? SI NO
 Descripción del accidente y sus consecuencias:

Agente Material Asociado	[][][][]	Diagnóstico	1 [][][][]	2 [][][][]	3 [][][][]
		Naturaleza de la lesión	1 [][]	2 [][]	3 [][]
Forma del Accidente	[][][]	Zona del Cuerpo Afectada	1 [][][][]	2 [][][][]	3 [][][][]

ENFERMEDAD PROFESIONAL

	Descripción de la EP	Agente Material Asociado (ver tabla)	Zona del cuerpo afectada	Tiempo de exposición agente	Fecha de diagnóstico	Forma de diagnóstico (ver tabla)	Fecha de inicio de la inasistencia laboral
Agente Causante 1 (ver tabla)	Diagnóstico 1						
	Diagnóstico 2						
	Diagnóstico 3						
Agente Causante 2 (ver tabla)	Diagnóstico 1						
	Diagnóstico 2						
	Diagnóstico 3						
Agente Causante 3 (ver tabla)	Diagnóstico 1						
	Diagnóstico 2						
	Diagnóstico 3						

LA ENFERMEDAD SE DETECTÓ (Códigos de Detención de la enfermedad)

Examen Preocupacional	P	Ausencia Prolongada	A	Sanatorio Privado	N	Peritale Judicial	J
Examen Periódico	R	Transferencia de puesto de trabajo	T	Hospital Público	H	Comisión Médica	S
Examen de Egreso	E	Obra Social	O	Consulta en Amb. Púb. no Hospit.	N	Prestación ART	B

Centro Asistencial Domicilio
 Localidad: Provincia C.P. Tel.
 Accidente in itinere según denuncia policial N° (Adjuntar Copia) Comisaría

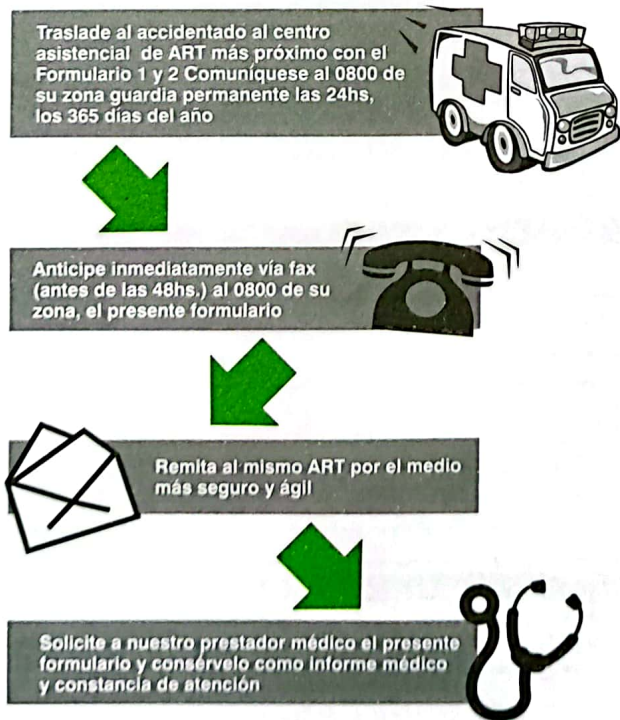
Lugar y fecha

Firma, aclaración y DNI del Denunciante

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN DE LA FORMA DE ACCIDENTE
100	Caidas de personas
101	Caidas de personas con desnivelación por caídas desde alturas (árboles, edificios, andamios, escaleras, máquinas de trabajo, vehículos).
102	Caidas de personas con desnivelación por caídas en profundidades (pozos, fosos, excavaciones, aberturas en el suelo).
103	Caidas de personas que ocurren al mismo nivel
104	Caidas de personas al agua
200	Caidas de objetos
201	Derrumbe (caídas de masas de tierra, de rocas, de piedras, de nieve)
202	Desplome (de edificios, de muros, de andamios, de escaleras, de pilas de mercancías)
203	Caidas de objetos en curso de manutención manual
204	Caidas de objetos mobiliarios (artefactos de luz, ventanas, marcos, bibliotecas, etc.)
205	Otras caídas de objetos no incluidos en epígrafes anteriores de este apartado.
300	Pisadas sobre, choques contra, o golpes por objetos, a excepción de caídas de objetos.
301	Pisadas sobre objetos
302	Choques contra objetos inmóviles (a excepción de choques debido a una caída anterior).
303	Choque contra objetos móviles
304	Golpes por objetos móviles (comprendidos los fragmentos volantes y las partículas), a excepción de los golpes por objetos que caen.
400	Atrapamiento por un objeto o entre objetos
401	Atrapamiento por un objeto
402	Atrapamiento entre un objeto inmóvil y un objeto móvil
403	Atrapamiento entre dos objetos móviles (a excepción de los objetos volantes o que caen)
500	Esfuerzos excesivos
501	Esfuerzos físicos excesivos al levantar objetos
502	Esfuerzos físicos excesivos al empujar objetos
503	Esfuerzos físicos excesivos al tirar de objetos
504	Esfuerzos físicos excesivos al manejar objetos
505	Esfuerzos físicos excesivos al lanzar objetos

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN DE LA FORMA DE ACCIDENTE
600	Exposición a, o contacto con temperaturas extremas
601	Exposición al calor (de la atmósfera o del ambiente de trabajo)
602	Exposición al frío (de la atmósfera o del ambiente de trabajo).
603	Contacto con sustancias u objetos calientes
604	Contacto con sustancias u objetos muy fríos
605	Contacto con fuego
700	Exposición a, o contacto con la corriente eléctrica
701	Exposición a la corriente eléctrica (tierra húmeda, agua o ambiente con vapor que transmita electricidad)
702	Contacto directo con fuente de generación o transmisión de corriente eléctrica
800	Exposición a, o contacto con, sustancias nocivas o radiaciones
801	Contacto por inhalación de sustancias químicas
802	Contacto por ingestión de sustancias químicas
803	Contacto por absorción cutánea de sustancias químicas
804	Contacto con agentes biológicos (absorción, inhalación)
805	Exposición a radiaciones ionizantes
806	Exposición a otras radiaciones
807	Inoculación de agentes biológicos (por pinchazo, heridas cortantes)
900	Otras formas de accidentes, no clasificadas bajo otros epígrafes, incluidos aquellos accidentes no clasificados por falta de datos suficientes
901	Explosión o implosión
902	Incendio
903	Atropellamiento de animales
904	Mordedura de animales
905	Picaduras
906	Atropellamiento por vehículo
907	Choque de vehículos
908	Fallas en los mecanismos para trabajos hiperbáricos
909	Agresión con armas
910	Agresiones sin armas
911	Injuria punzo-cortante o contusa involuntaria
999	Otras formas de accidente no incluidas en la presente Codificación

Sr. Empleador en caso de accidente siga estas instrucciones



QUÉ ES UN ACCIDENTE DE TRABAJO?

Se considera accidente de trabajo a todo hecho súbito y violento ocurrido por el hecho o en ocasión del trabajo, o en el trayecto entre el domicilio del trabajador y el lugar de trabajo (in-itinere) siempre y cuando el damnificado no hubiere interrumpido o alterado dicho trayecto, debiendo ser derivado al prestador más cercano al lugar del infortunio.

El prestador deberá brindar en forma inmediata las primeras prestaciones en especie obligando al empleador a realizar la denuncia ante la ART.

CUÁLES SON LOS PASOS A SEGUIR PARA REALIZAR LA DENUNCIA?

- Completar el Formulario de Constancia de Asistencia Médica Inicial o de ingreso y el formulario N°2 de Denuncia de Accidente debiéndose cumplimentar todos los requisitos del formulario lo más detalladamente posible.
- El Formulario de Constancia de Asistencia Médica Inicial o de Ingreso junto con una fotocopia del Formulario N°2 de Denuncia de Accidente se deberán presentar en el Prestador (Clínica, Sanatorio, Hospital, Etc.).
- El Formulario de Constancia de Asistencia Médica Inicial o de Ingreso junto con el Formulario N°2 de Denuncia de Accidente se deberán presentar ante esta ART dentro de las 24 horas de ocurrido el accidente. Para que los tiempos no se dilaten o extiendan se deberán adelantar estos formularios vía fax.
- Si el accidente ocurrió in itinere se deberá realizar una exposición policial, informando lo sucedido y quienes fueron los participantes del accidente. Cuando el accidentado es llevado de urgencia por sus propios medios se dirige al prestador, en el momento en el que el empleador tomó conocimiento se deberá realizar la denuncia ante esta ART adjuntando a la misma el informe médico de primera atención donde se indique la patología derivada del accidente de trabajo.
- Cuando el accidentado es dado de Alta por el médico tratante, el mismo podrá reingresar a trabajar con el consentimiento de esta ART, dado que pueden surgir casos en que la auditoría médica de la empresa solicite su presencia para evaluar incapacidades o prestaciones en especie.
- El siniestro se dará por culminado con al conformación del Formulario CONSTANCIA DE ALTA MÉDICA/FIN DE TRATAMIENTO, o carta documento.

TELÉFONOS DE TODO EL PAÍS	FAX	GUARDIA	CONSULTAS
	0800 333 2173	0800 333 1109	0800 222 0338