

**IMPORTANTE:** anticipar esta información telefónicamente al 0-800-333-1400 y/o por fax al 4348-1280/1294. Dentro de las 24 hs., remitir el original a Av. Independencia 169- 3° (C1099AAB), colocarlo 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. PRINCIPAL (1)	CALLE	
LOCALIDAD/ PROVINCIA	CODIGO POSTAL ARG.	D.D.N.	TELEFONO

(1) Código de Actividad (C.I.U.): consultar tablas de codificación en nuestra página web [www.consolidar.com.ar](http://www.consolidar.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.				
D.D.N.	TELEFONO	CODIGO POSTAL ARG.	LOCALIDAD					
PROVINCIA	D.N.I.	L.C.	L.E.	C.I.	NRO.	C.U.I.L.		
NACIONALIDAD	ESTADO CIVIL	FECHA INGRESO EMP.	IBM					
CODIGO OCUPACION 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.consolidar.com.ar](http://www.consolidar.com.ar) o en los soportes magnéticos adjuntos al kit de bienvenida.

(3) Indicar que horario realizaba el día del accidente.

**DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DEL TRABAJADOR (4)**

NOMBRE/ DENOMINACION		COD. EST.	C.I.U. EST.
CALLE		NRO.	CODIGO POSTAL ARG.
LOCALIDAD / PROVINCIA		D.D.N.	TELEFONO

(4) Datos del Establecimiento declarado al registro de Establecimientos de AFIP.

**DATOS DEL LUGAR DEL ACCIDENTE O DE DETECCION DE LA ENFERMEDAD PROFESIONAL**

C.U.I.T. DE OCURRENCIA		CALLE		
NRO.	PISO	DPTO.	LOCALIDAD	CODIGO POSTAL ARG.
PROVINCIA	D.D.N.	TELEFONO	EMPRESA SUBCONTRATADA	
		SI NO		

**DATOS DEL ACCIDENTE LABORAL (5)**

**CARACTERISTICAS DEL SINIESTRO**

AL IR O VOLVER DEL TRABAJO	EN OTRO CENTRO O LUGAR DE TRABAJO	OTRO	FECHA DEL ACCIDENTE	FECHA DE OCURRENCIA	HORA INICIO DE JORNADA EL DIA DEL ACCIDENTE	HORA	CON BAJA LABORAL	SI	NO	FECHA BAJA LABORAL
DESPLAZAMIENTO EN EL DIA LABORAL	EN EL TRABAJO		HORA DEL ACCIDENTE	HORA DE OCURRENCIA	HORA FIN DE JORNADA EL DIA DEL ACCIDENTE	HORA		EN CASO DE REINGRESO, INDICAR		

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

(6) Ultimo día trabajado.

**BREVE DESCRIPCION DE LOS HECHOS**

--

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

--

**CODIFICACION DE LOS DATOS DEL SINIESTRO (7)**

AGENTE MATERIAL ASOCIADO	DIAGNÓSTICO 1 (CIE10)	ZONA DEL CUERPO AFECTADA 1	NATURALEZA DE LA LESION 1
FORMA DEL ACCIDENTE	DIAGNÓSTICO 2 (CIE10)	ZONA DEL CUERPO AFECTADA 2	NATURALEZA DE LA LESION 2
DER. IZQ.	DIAGNÓSTICO 3 (CIE10)	ZONA DEL CUERPO AFECTADA 3	NATURALEZA DE LA LESION 3

(7) Consultar tablas de codificación en nuestra página web [www.consolidar.com.ar](http://www.consolidar.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			
CODIGO POSTAL ARG.	D.D.N.	TELEFONO	D.D.N.	FAX
GRADO LESION PRESUNTA IDENTIFICADA		LEVE	GRAVE	MORTAL

LUGAR Y FECHA

FECHA DE INGRESO A LA ASEGURADORA

FECHA AUTORIZADA DE LA EMPRESA Y ACLARACION

**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 4348-1280/1294. Dentro de las 24 hs. remitir el original a Av. Independencia 169 - 3° (C1099AAB), colocando en el sobre "Denuncia de Siniestro / Enfermedad Profesional" - At.: Gerencia de Siniestros - Unidad de Procesos Centrales

NRO. DE SINIESTRO	FECHA 1° MANIF. INVALIDANTE

**DATOS DEL EMPLEADOR**

RAZON SOCIAL	C.U.I.T.

**DATOS DEL TRABAJADOR**

APELLIDO Y NOMBRES	C.U.I.L.

**DATOS DE LA ENFERMEDAD PROFESIONAL**

**DESCRIPCION GENERAL DE LA ENFERMEDAD**

--

**CARACTERISTICAS DE LA ENFERMEDAD Y DIAGNOSTICOS**

AGENTE CAUSANTE DE LA ENFERMEDAD (1)	CODIGO	TIEMPO DE EXPOSICIÓN AL AGENTE CAUSANTE	CANT. DE MESES	FECHA DE ULTIMO EXAMEN PERIODICO	DIA- MES- AÑO
CODIGO OCUPACION TRAB. ANTERIOR (1)	CODIGO	ANTIGÜEDAD EN EL PUESTO ANTERIOR	CANT. MESES	SITUACION CONTRACTUAL DEL TRABAJADOR	

**DESCRIPCION 1° DIAGNOSTICO**

1° DIAGNOSTICO	FECHA 1° DIAGNÓSTICO	DIA- MES- AÑO	ZONA CUERPO AFECTADA 1 (1)	CODIGO	AGENTE MATERIAL ASOCIADO 1 (1)	CODIGO			
ORIGEN DE LA ENF. PROF. 1	Ex. Preocupacional	Ex. Periódico	Cambio Puesto	Ausencia Prolongada	Ex. Egreso	Hospital Público	Prestador ART	Obral Social	Sanatorio Privado

**DESCRIPCION 2° DIAGNOSTICO**

2° DIAGNOSTICO	CODIGO CIE10	FECHA 2° DIAGNÓSTICO	DIA- MES- AÑO	ZONA CUERPO AFECTADA 2 (1)	CODIGO	AGENTE MATERIAL ASOCIADO 2 (1)	CODIGO		
ORIGEN DE LA ENF. PROF. 2	Ex. Preocupacional	Ex. Periódico	Cambio Puesto Trabajo	Ausencia Prolongada	Ex. Egreso	Hospital Público	Prestador ART	Obral Social	Sanatorio Privado

**DESCRIPCION 3° DIAGNOSTICO**

3° DIAGNOSTICO	CODIGO CIE10	FECHA 3° DIAGNÓSTICO	DIA- MES- AÑO	ZONA CUERPO AFECTADA 3 (1)	CODIGO	AGENTE MATERIAL ASOCIADO 3 (1)	CODIGO		
ORIGEN DE LA ENF. PROF. 3	Ex. Preocupacional	Ex. Periódico	Cambio Puesto Trabajo	Ausencia Prolongada	Ex. Egreso	Hospital Público	Prestador ART	Obral Social	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)	CODIGO	TIEMPO DE EXPOSICIÓN AL AGENTE CAUSANTE	CANT. DE MESES
AGENTE CAUSANTE DE LA ENFERMEDAD (1)	CODIGO	TIEMPO DE EXPOSICIÓN AL AGENTE CAUSANTE	CANT. DE MESES
AGENTE CAUSANTE DE LA ENFERMEDAD (1)	CODIGO	TIEMPO DE EXPOSICIÓN AL AGENTE CAUSANTE	CANT. DE MESES

**OBSERVACIONES**

--

(1) Consultar tablas de codificación en nuestra página web [www.consolidar.com.ar](http://www.consolidar.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; 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).

LUGAR Y FECHA

FECHA DE INGRESO A LA ASEGURADORA

FECHA AUTORIZADA DE LA EMPRESA Y ACLARACION