GALENO ART

DENUNCIA DE ACCIDENTE DE TRABAJO O ENFERMEDAD

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	REINGRESO NO	NRO.DE SINIESTRO ANTERIOR	ACCIDENTE	ENFERMEDAD PROFESIONAL

DATOS DEL EMPLEADOR

RAZÓN SOCIAL	C.U.I.T.

NRO. DE CONTRATO	C.I.I.U. PRINCIPAL (1)	CALLE	NRO.

LOCALIDAD / PROVINCIA	CÓDIGO POSTAL ARG.	D.D.N.	TELÉFONO

EMPRESA SUBCONTRATADA	RAZÓN SOCIAL	C.U.I.T.
SI NO		

(1) Código de Actividad (C.I.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	SEXO 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
				0 15	Movistar Personal Claro Nextel

PROVINCIA	D.N.I.	L.C.	L.E.	C.I.	NRO.	C.U.I.L.

NACIONALIDAD	ESTADO CIVIL	FECHA INGRESO EMP.	IBM
			$

CÓDIGO 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.galenoart.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/DENOMINACIÓN	COD. EST.	C.I.I.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
			SI NO

DATOS DEL ACCIDENTE LABORAL (5)

CARACTERÍSTICAS DEL SINIESTRO

AL IR O VOLVER DEL TRABAJO — EN OTRO CENTRO O LUGAR DE TRABAJO — INTERCURRENCIA

DESPLAZAMIENTO EN EL DÍA LABORAL — EN EL TRABAJO — OTRO

FECHA DEL ACCIDENTE	FECHA DE OCURRENCIA	HORA INICIO DE JORNADA EL DÍA DEL ACCIDENTE	HORA	CON BAJA LABORAL SI	CON BAJA LABORAL NO	FECHA DE INICIO INASISTENCIA LABORAL
HORA DEL ACCIDENTE	HORA DE OCURRENCIA	HORA FIN DE JORNADA EL DÍA DEL ACCIDENTE	HORA	EN CASO DE REINGRESO, INDICAR	FECHA DE REINGRESO	

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

BREVE DESCRIPCIÓN DE LOS HECHOS

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

CODIFICACIÓN DE LOS DATOS DEL SINIESTRO (6)

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

(6) 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 MÉDICO ASISTENCIAL

CALLE	NRO.	PISO	DPTO.

LOCALIDAD	PROVINCIA

CÓDIGO POSTAL ARG.	D.D.N.	TELÉFONO	D.D.N.	FAX	GRADO LESIÓN PRESUNTA IDENTIFICADA	LEVE	GRAVE	MORTAL

LUGAR Y FECHA

FECHA DE INGRESO A LA ASEGURADORA

FIRMA AUTORIZADA DE LA EMPRESA Y ACLARACIÓN

ORIGINAL PARA GALENO ART - DUPLICADO PARA EL EMPLEADOR

TFOR215 / 01-16

GALENO ART

ANEXO DENUNCIA ENFERMEDAD PROFESIONAL

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. INVALIDANTE

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	Movistar Personal Claro Nextel

EJEMPLO: 0- 11-15 - 5448-6898

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 PERIODICO	DIA- MES- AÑO
CÓDIGO OCUPACION TRAB. ANTERIOR (1)	CÓDIGO	ANTIGÜEDAD EN EL PUESTO ANTERIOR	CANT. MESES	SITUACIÓN CONTRACTUAL DEL TRABAJADOR	

DESCRIPCION 1° DIAGNÓSTICO

1° DIAGNÓSTICO	CÓDIGO CIE10	FECHA 1° DIAGNÓSTICO	DIA- MES- AÑO	ZONA CUERPO AFECTADA 1 (1)	CÓDIGO	AGENTE MATERIAL ASOCIADO 1 (1)	CÓDIGO

ORIGEN DE LA ENF. PROF. 1: Ex. Preocupacional · Ex. Periódico · Cambio Puesto de Trabajo · Ausencia Prolongada · Ex. Egreso · Hospital Público · Prestador ART · Obra Social · Sanatorio Privado · Ex.Transferencia Actividad · Sala/ CAP · Peritaje Judicial

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: Ex. Preocupacional · Ex. Periódico · Cambio Puesto de Trabajo · Ausencia Prolongada · Ex. Egreso · Hospital Público · Prestador ART · Obra Social · Sanatorio Privado · Ex.Transferencia Actividad · Sala/ CAP · Peritaje Judicial

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: Ex. Preocupacional · Ex. Periódico · Cambio Puesto de Trabajo · Ausencia Prolongada · Ex. Egreso · Hospital Público · Prestador ART · Obra Social · Sanatorio Privado · Ex.Transferencia Actividad · Sala/ CAP · Peritaje Judicial

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 codificiación en nuestra página web www.galenoart.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

FIRMA AUTORIZADA DE LA EMPRESA Y ACLARACIÓN

ORIGINAL PARA GALENO ART - DUPLICADO PARA EL EMPLEADOR