

DATOS DEL ORGANISMO

ORGANISMO / DEPENDENCIA: C.U.I.T. N°:
CONTRATO N°: **AUTOASEGURO** TELÉFONO: FAX:
CALLE: N°: PISO: DPTO: CÓDIGO POSTAL:
LOCALIDAD: PROVINCIA: PAÍS:

ROGAMOS PRESTEN ASISTENCIA MÉDICA AL TRABAJADOR DE ESTE ORGANISMO.

DATOS DEL TRABAJADOR ACCIDENTADO

NOMBRE APELLIDO: [C.U.I.L.] [D.N.I.] [L.C.] [L.E.] [C.I.] [PASAPORTE] N°:
FECHA DE NACIMIENTO:/...../..... CALLE: N°: PISO: DPTO: CÓDIGO POSTAL:
CALLE: N°: PISO: DPTO: CÓDIGO POSTAL:
LOCALIDAD: PROVINCIA: PAÍS:
TELÉFONO: HORARIO HABITUAL QUE CUMPLE EL TRABAJADOR DE: HS. A HS.

DATOS DEL ACCIDENTE

FECHA DEL ACCIDENTE:/...../..... HORA DEL ACCIDENTE: OCUPACIÓN AL MOMENTO DEL ACCIDENTE:
C.U.I.T. DE LA EMPRESA DONDE OCURRIÓ EL ACCIDENTE (SI FUERA DISTINTO AL DEL EMPLEADOR)*:
** ESTE DATO ES OBLIGATORIO PARA PERSONAL EVENTUAL Y/O DE SERVICIO.*

TIPO DE ACCIDENTE

ACCIDENTE DE TRABAJO | DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE:
 ACCIDENTE IN ITINERE |
 ENFERMEDAD PROFESIONAL |

PRESTADOR AL QUE FUE DERIVADO

NOMBRE APELLIDO O RAZÓN SOCIAL:
DOMICILIO: TELÉFONO:

FECHA SOLICITUD

FIRMA AUTORIZADA POR EL ORGANISMO Y ACLARACIÓN

* EL TRABAJADOR ACCIDENTADO DEBERÁ LLEVAR ESTE DOCUMENTO AL CENTRO ASISTENCIAL EN EL QUE VAYA A SER ATENDIDO.

** TODOS LOS DATOS DEBEN ESTAR COMPLETOS SIN EXCEPCION. CASO CONTRARIO SE RECHAZARÁ LA PRESENTE SOLICITUD.

POR EMERGENCIAS COMUNÍQUESE AL 0800.333.1333 (COORDINACIÓN DE EMERGENCIAS MÉDICAS) DURANTE LAS 24 HS. LOS 365 DÍAS DEL AÑO.