



- MANUAL DE SERVICIOS -

INSTRUCTIVO PARA LA ACTUACIÓN EN CASO DE ACCIDENTES Y PARA LA
GESTIÓN DE PRESTACIONES EN ESPECIE POR CUENTA Y ORDEN DEL GOBIERNO
DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES -EMPLEADOR AUTOASEGURADO-.

- 1.** Autoseguro del Gobierno de la Provincia de Buenos Aires
- 2.** ¿Cómo actuar en caso de accidente?
 - 2.1.** Accidentes graves
 - 2.2.** Accidentes leves
 - 2.3.** Accidentes in itinere
 - 2.4.** Cobertura de accidentes en el exterior
 - 2.5.** Investigación del accidente
 - 2.6.** Servicios médicos
 - 2.7.** Control, seguimiento y auditoría
 - 2.8.** Servicio de traslados
 - 2.9.** Servicio en caso de fallecimiento
 - 2.10.** Recomendaciones
- 3.** ¿Cómo completar el Formulario de Solicitud de Asistencia Médica?
- 4.** ¿Cómo completar el Formulario de Denuncia de Accidente de Trabajo o Enfermedad Profesional?
- 5.** Guía de teléfonos y direcciones útiles

El autoseguro es una figura plenamente admitida por la Ley de Riesgos del Trabajo (L.R.T.). Los empleadores pueden optar por autoasegurarse, siempre y cuando cumplan con los requisitos y prestaciones establecidos en la ley y sus normas complementarias. Autoasegurarse no implica prestaciones de inferior calidad, sino simplemente organizarse de manera diferente para otorgar las mismas prestaciones de la Ley de Riesgos del Trabajo (L.R.T.).

En el marco de la Ley 24.557 (L.R.T.), las situaciones de riesgos laborales cubiertas son:

- Accidentes ocurridos por el hecho o en ocasión del trabajo.
- Accidentes In Itinere (son los ocurridos en el trayecto entre el domicilio del trabajador y el lugar de trabajo), siempre que el damnificado no hubiera interrumpido o alterado el trayecto por causas ajenas al trabajo. O cuando previa notificación por escrito ante el empleador, y éste dentro de las 72 hs. ante el asegurador, que el In Itinere se modifica por razones de estudio, concurrencia a otro empleo o atención de familiar directo enfermo y no conviviente.
- Enfermedades profesionales adquiridas dentro del ambiente laboral por la acción de un agente hostil, características o modalidad de la tarea realizada.

Están excluidos de la cobertura:

- Accidentes y enfermedades causadas intencionalmente por el trabajador.
- Accidentes y enfermedades causadas por fuerza mayor ajena al trabajo.
- Incapacidades preexistentes u ocurridos antes del 1º de julio de 1996 o preexistentes al inicio de la relación laboral.

La ley otorga a los trabajadores que sufran algunas de las contingencias previstas, las siguientes prestaciones en especie:

- Asistencia médica y farmacéutica
- Prótesis y ortopedia
- Rehabilitación y traslados
- Recalificación profesional
- Servicio de sepelio

El Gobierno de la Provincia de Buenos Aires decide adherirse al autoseguro a partir de las 0:00 horas del 1 de enero de 2007, en función de la experiencia y el conocimiento adquiridos en materia de riesgos laborales desde 1998 a la fecha. El Gobierno y Provincia A.R.T, en forma consensuada, deciden dar por concluida una etapa e inaugurar otra nueva, reforzando la confianza y los vínculos de trabajo desarrollados a lo largo del tiempo. En este sentido, el Gobierno evalúa favorablemente las capacidades y experiencia de Provincia A.R.T, y la nombra administradora para asumir operativamente la gestión de las prestaciones en especie y de los siniestros.

Un accidente de trabajo requiere de una atención rápida y eficiente. Sin embargo, la conmoción que causa el siniestro, cualquiera sea su intensidad, produce entre las personas más cercanas al damnificado un estado de inquietud que puede llegar hasta la incertidumbre.

¿Qué hacer ante un accidente?

Frente a un accidente, todo organismo autoasegurado, en caso de tener delegada la administración debe seguir dos pasos:

- Derivar inmediatamente al accidentado a un Prestador Médico.
- Denunciar el Accidente a la Administradora del Autoseguro.

En aras de brindarle un mejor servicio, Provincia A.R.T. confeccionó el siguiente listado de instrucciones sobre los primeros pasos a seguir en caso de accidente, de acuerdo con la clase del mismo. Dividimos a los accidentes en sus tres categorías más abarcativas:

1. Accidentes Graves

Son todos aquellos accidentes que ponen en peligro la vida de la persona.

2. Accidentes Leves

Son los accidentes que pueden ser atendidos en forma ambulatoria.

3. Accidente in Itinere

Son los accidentes ocurridos durante el trayecto entre el domicilio del empleado y su lugar de trabajo, o viceversa; siempre y cuando el damnificado no hubiere interrumpido o alterado dicho trayecto por causas ajenas al trabajo, sin perjuicio que para una definición legal del término se remite al artículo 6º de la L.R.T.

2. ¿CÓMO ACTUAR EN CASO DE ACCIDENTE?



En caso de accidente grave, llame por teléfono al Servicio de Coordinación de Emergencias Médicas (C.E.M.), habilitado para todo el país las 24 horas del día durante todo el año. Le recordamos que este número está destinado exclusivamente para la atención de las emergencias. Por favor no lo utilice para otro tipo de consultas. También se puede comunicar en forma telefónica, según datos que se detallan al final del instructivo, con su respectiva Delegación u Oficina, o al 0-800-333-1278. Si fuera necesario, siga las instrucciones que desde allí le comuniquen y proceda a una primera atención en el lugar del hecho.

COORDINACIÓN DE EMERGENCIAS MÉDICAS 0800.333.1333
Las 24 hs., los 365 días del año.

2.1. ACCIDENTES GRAVES



Los casos más comunes de accidentes graves son:

- **Quemadura Grave:**

Hasta el arribo del Servicio de Emergencia, quítele al accidentado la ropa y lave la superficie quemada. No aplique otros elementos.

- **Intoxicación:**

Dada la complejidad de estos accidentes, recomendamos comunicarse de inmediato con el Centro de Toxicología (las 24 horas, los 365 días del año) al 0-800-333-0160. Seguidamente, comunicarse con Provincia A.R.T.

- **Lesión Grave de Miembros:**

Hasta el arribo del Servicio de Emergencias, aplique un apósito limpio y voluminoso sobre la herida; presione para contener la eventual hemorragia; y, en caso de amputación, proteja el segmento con toalla o compresas limpias y húmedas.

En caso de accidente grave le rogamos que no derive al paciente a cualquier prestador médico, sino que llame por teléfono al Servicio de Coordinación de Emergencias Médicas (C.E.M.). Cuando la unidad móvil llegue, el paciente será evaluado, asistido y trasladado por profesionales hacia un centro en el que se continuará con la atención. Recuerde que al realizar este llamado debe contar con la siguiente información sobre el empleado accidentado:

- Nombre completo, dirección, teléfono y C.U.I.L.
- Cuadro que presenta.
- Breve descripción del hecho.
- Fecha, hora y lugar de la contingencia cubierta.

2.1. ACCIDENTES GRAVES



Luego, el empleador autoasegurado debe completar la Solicitud de Asistencia Médica y entregarla al prestador médico. En los casos graves, aunque el accidentado no tenga la solicitud consigo, el centro médico le dará la primera atención y el organismo inmediatamente deberá acercarle o enviar por fax la solicitud. La Solicitud de Asistencia Médica es el formulario mediante el cual el organismo solicita al prestador médico que dé asistencia sanitaria al trabajador. El prestador enviará personalmente, por correo o por fax copia de la solicitud a Provincia A.R.T., que es quien administra el autoseguro del Gobierno de la Provincia de Buenos Aires. Las solicitudes en blanco serán provistas por el empleador autoasegurado.

Una vez procurada la atención médica, el organismo debe informar a Provincia A.R.T. acerca del siniestro ocurrido. Para ello, debe completar el Formulario de Denuncia de Accidente de Trabajo o Enfermedad Profesional y enviar a Provincia A.R.T. una copia en un plazo máximo de 24 horas. El formulario debe estar firmado por el responsable de recursos humanos, el jefe o supervisor del accidentado, o cualquier otra persona del organismo con autoridad suficiente para realizar estas comunicaciones. Los formularios en blanco serán provistas por el empleador autoasegurado. Asimismo le recordamos que es requisito obligatorio presentar el Formulario de Denuncia original ante Provincia ART dentro de las 72 horas de ocurrido el hecho.

2.2. ACCIDENTES LEVES



Si bien ciertos accidentes revisten, a primera vista, carácter de mínima gravedad, lo más recomendable es derivar, en todos los casos, al damnificado al centro médico más próximo de la red de Provincia A.R.T. para que sea atendido por profesionales.

El organismo debe confeccionar la Solicitud de Asistencia Médica y entregársela al accidentado para que pueda ser atendido. Ésta, junto con la documentación personal del trabajador y la credencial, le serán requeridas por el prestador médico.

Una vez procurada la atención médica, el organismo debe informar a Provincia A.R.T. acerca del siniestro ocurrido. Para ello debe completar el Formulario de Denuncia de Accidente de Trabajo o Enfermedad Profesional y enviar a Provincia A.R.T. una copia en un plazo máximo de 24 horas. Asimismo, le recordamos que es necesario presentar el Formulario de Denuncia original ante Provincia ART dentro de las 72 horas.

2.3. ACCIDENTES IN ITINERE



Si el siniestro es leve, debe derivar inmediatamente al trabajador al centro médico ambulatorio de la red de Provincia A.R.T. más próximo. En cambio si la lesión es grave, seguramente una ambulancia trasladará al paciente a la institución más cercana al lugar del accidente.

Si el prestador al que el accidentado fue derivado pertenece a la red asistencial de Provincia A.R.T., el organismo sólo debe completar la Solicitud de Asistencia Médica y acercarla al centro médico en el cual está siendo atendido o se encuentra internado el trabajador. Si, por el contrario, ese centro no integra la red de Provincia A.R.T.:

- Informar al centro que el trabajador se encuentra comprendido en el autoseguro que administra Provincia A.R.T.
- Informar a Provincia A.R.T. inmediatamente los datos del centro (denominación, domicilio y teléfono). Esta administradora evaluará al paciente y, si el estado de éste lo permitiera, lo derivará a un prestador de la red con la complejidad necesaria para atender el caso.

En ambos casos se deberá acompañar la documentación con una Denuncia Policial o Exposición Civil en la comisaría correspondiente al lugar del hecho. Una vez procurada la atención médica, el organismo deberá informar a Provincia A.R.T. acerca del siniestro ocurrido. Para ello, debe completar el Formulario de Denuncia de Accidente de Trabajo o Enfermedad Profesional y enviar a Provincia A.R.T. una copia en un plazo máximo de 24 horas. Asimismo le recordamos que es requisito obligatorio presentar el Formulario de Denuncia original ante Provincia A.R.T. dentro de las 72 horas.

2.4. COBERTURA DE ACCIDENTES EN EL EXTERIOR



Los empleados de un empleador autoasegurado se encuentran cubiertos cuando deban viajar por cuestiones laborales al exterior. Para activar esta cobertura, el organismo debe informar previamente a la administradora del autoseguro los datos del empleado que deba viajar al extranjero. La información puede enviarse a través de:

- **Nota:** dirigida al sector de Afiliaciones - Provincia A.R.T. (Carlos Pellegrini 91 4º, Ciudad de Buenos Aires, C1009ABA).
- **Fax:** (011) 4819-2888 código 127.

Los datos básicos que deben constar son:

- Nombre y C.U.I.T. del organismo
- Nombre, apellido y CUIL del trabajador
- Lugar de destino (localidad, código postal y país)
- Fechas y horarios de salida y de regreso
- Medio de traslado
- Adicionalmente, es conveniente incluir el domicilio de hospedaje

La cobertura en el exterior comprende atención médica, traslados sanitarios (en avión, tren o ambulancia según exigencias de orden médico y autorización previa del Departamento de Prestaciones Médicas de Provincia A.R.T.), hospitalización, gastos de convalecencia en el hotel (sin extras y con la aprobación de Provincia A.R.T.) y repatriación sanitaria para accidentes graves, si correspondiera y fuera autorizada por el médico tratante. Los gastos médicos comprenderán tanto los honorarios médicos, como la habitación en el hospital, los traslados, suministros, exámenes complementarios, traslados y los gastos por medicamentos recetados para la patología que diera lugar a la asistencia médica.

2.4. COBERTURA DE ACCIDENTES EN EL EXTERIOR



En caso de que la hospitalización de un accidentado deba ser superior a 10 días, se pondrá a disposición de un familiar un pasaje de ida y vuelta en el medio de transporte que considere más adecuado para que pueda acompañar al siniestrado.

Si durante el viaje, y a raíz de un accidente laboral, sobreviniera el fallecimiento de un trabajador, Provincia A.R.T. organizará y el empleador autoasegurado tomará a su cargo los gastos de fétetro, traslado, trámites administrativos y transporte hasta el lugar de inhumación en la Argentina, por el medio que considere más conveniente.

Cuando por circunstancias de emergencia, debidamente justificadas, el accidentado se vea imposibilitado de llamar a Provincia A.R.T. y deba recurrir a otros facultativos; se reembolsarán los gastos realizados en estas condiciones. Para tener derecho a este reembolso, el beneficiario deberá comunicar a Provincia A.R.T. –en su carácter de administradora del autoseguro-, dentro de las 48 horas de haber cesado la imposibilidad, la información sobre la emergencia sufrida, debiendo conservar para su presentación ante la Administradora toda documentación avalatoria de los gastos realizados (facturas, prescripciones médicas, comprobantes, etc.)

Para acceder desde el extranjero a los servicios comprendidos dentro de la cobertura, el trabajador deberá comunicarse con la Coordinación de Emergencias Médicas (C.E.M.) llamando por cobro revertido: (54-11) 4819-6433.

2.5. INVESTIGACIÓN DEL ACCIDENTE



Para los accidentes de trabajo, el equipo de Prevención de Provincia A.R.T. propone una metodología de investigación de accidentes distinta, cuyo enfoque se sostiene mirando desde “el después”. La investigación de accidentes puede transformarse en una importante herramienta de prevención. Las condiciones básicas para ello son disponer de una buena metodología de investigación, contar con los profesionales debidamente entrenados para ejecutarla y arbitrar los medios para poner en acción las transformaciones que eviten nuevos accidentes del mismo tipo o relacionados.

Provincia A.R.T. fue la única aseguradora en utilizar como metodología de investigación de accidentes la metodología del Arbol de Causas, antes de que fuera de uso obligatorio de acuerdo a la normativa vigente. Esta metodología fue desarrollada por el INRS (Francia) y es la más utilizada en la Unión Europea. Por otra parte, es aquella que permite una ilustración más amplia en materia de posibilidades de intervención para evitar accidentes.

2.6. SERVICIOS MÉDICOS



Con el objetivo de asegurar la calidad de las prestaciones, Provincia A.R.T. ha establecido una serie de Regiones Sanitarias basadas en la distribución demográfica de la población; se crearon los Corredores Sanitarios basados en el mapa siniestral para organizar las derivaciones según criterios regionales, de complejidad y especialización; y se ha implementando una Red Prestacional basada en los siguientes niveles de categorización:

- **Nivel I** – Atención Ambulatoria con o sin métodos de diagnóstico. Son consultorios particulares a los que sólo puede ser derivado el paciente por Provincia A.R.T.
- **Nivel II** – Atención Ambulatoria con métodos de diagnóstico y cirugía menor. A estos prestadores es a los que debe realizarse la derivación inicial.
- **Nivel III** – Prestadores con Internación, UTI, métodos de diagnóstico y complejidad a evaluar.
- **Nivel IV** – Prestadores de Alta Complejidad.
- **Rehabilitación** de Alta y Media Complejidad.
- **Especialidades:** Quemados, Oftalmología, Psiquiatría, Infectología, Otorrinolaringología, Neurocirugía, Diagnóstico por Imágenes.

Asimismo, le recordamos que entre las denominadas “**prestaciones en especie**” que prevé la ley se incluye el servicio de farmacia, prótesis, ortesis y traslados (en caso en que fueran autorizados y solicitados por los médicos tratantes).

2.7. CONTROL, SEGUIMIENTO Y AUDIORIA



El control y seguimiento de las licencias por accidente de trabajo se realiza a través del sistema de control de prestaciones.

El sector administrativo está compuesto por una calificada dotación de empleados distribuidos en grupos de regiones geográficas. A ello se agrega un cuerpo médico compuesto por médicos laborales, traumatólogos y legistas que dan apoyo permanente a los grupos y se ocupan de la administración de los siniestros del Gobierno. Cada siniestro, una vez recibido el Parte Médico de Atención Inicial con el diagnóstico correspondiente, se codifica de manera que permita establecer el tiempo promedio de baja laboral, y si la patología presupone o no incapacidad definitiva.

Asimismo, a través de diferentes indicadores de gestión se monitorea la situación del siniestro, se realizan auditorías médicas en terreno (domicilio del prestador), se cita al paciente para auditoría en consultorios de Provincia A.R.T. o en caso de dificultad para el traslado del paciente se concurre a su domicilio.

Provincia A.R.T. cuenta con un equipo de médicos auditores en terreno, que visitan periódicamente a todos los pacientes internados y efectúan el control operativo y de calidad de la atención médica, en permanente contacto con los profesionales de la compañía.

Del mismo modo, otro equipo de médicos auditores, evalúan los casos desde el Departamento de Control Prestacional.

2.8. SERVICIOS DE TRASLADOS



Provincia ART cuenta con un Servicio de Coordinación de Emergencias Médicas (C.E.M.) ubicado en su Casa Central en Carlos Pellegrini 91 de la Ciudad de Buenos Aires, donde se receptionan los llamados y se coordina la asistencia médica a lo largo de todo el territorio nacional.

El servicio de emergencia brinda la más completa asistencia para todas aquellas urgencias que requieran atención inmediata y especializada las 24 horas los 365 días del año.

Dispone de unidades móviles de terapia intensiva equipadas con todo lo necesario para el tratamiento de la urgencia y de sus posibles complicaciones (desfibrilador, electrocardiógrafo, aspirador, kit general, kit de trauma, kit de toxicología, kit de infectocontagiosas, set de RCP / vía aérea venosas), unidades móviles de baja complejidad para traslados programados, avión o helicóptero sanitario totalmente equipados para la atención de urgencias médicas para todos aquellos casos en donde la gravedad del paciente, la distancia o las condiciones de transporte hagan imprescindible su empleo a fin de agilizar los tiempos para el inicio del tratamiento especializado.

Provincia A.R.T. cuenta con el servicio de traslados aéreos sanitarios que permite derivar de manera urgente cualquier paciente desde el aeropuerto más cercano hasta el lugar donde se disponga de la complejidad médica que el paciente necesite.

Para aquellos casos en que la situación del paciente lo permite contamos con una red de remises para facilitar la realización de los controles médicos ambulatorios como así también los tratamientos de rehabilitación en centros especializados.

2.9. SERVICIO EN CASO DE FALLECIMIENTO



Como el resto de los infortunios amparados por la Ley 24.557, los fallecimientos deberán ser denunciados a Provincia A.R.T. remitiendo el Formulario de Denuncia de Accidente de Trabajo o Enfermedad Profesional en el plazo no mayor de 48 horas hábiles de conocido el hecho, anticipándolos mediante fax.

En estos casos, el Gobierno de la Provincia de Buenos Aires como empleador autoasegurado brinda dos tipos de prestaciones:

- **Servicio de Sepelio:** La prestación del servicio de sepelio se encuentra a cargo del empleador autoasegurado y se brinda por intermedio de Provincia A.R.T. a través del Grupo Fun Arg S.R.L. (011-4765-5100 o 0-800-888-4400).
- **Liquidación de la Indemnización por Muerte por Accidente de Trabajo:** los derechohabientes deberán enviar al área de Prestaciones Dinerarias de Provincia A.R.T. (Carlos Pellegrini 91, 2º piso, Ciudad de Buenos Aires) la documentación solicitada. A fin de practicar la liquidación de las Prestaciones Dinerarias dispuestas en la legislación es necesario que los derechohabientes¹ remitan a Provincia A.R.T. la documentación detallada a continuación. De acuerdo al art. 18 de la Ley 24.557, el decreto 1278/2000 y su decreto reglamentario 410/2001, los derechohabientes accederán a la pensión por fallecimiento prevista en el régimen previsional al que estuviera afiliado el damnificado (Capitalización o Reparto), y a una prestación de pago mensual complementaria, según lo previsto en el art. 15 apartado 2 de la Ley 24.557. El capital a integrar será igual a 53 veces el Ingreso Base Mensual multiplicado por el coeficiente que resultará de dividir el número 65 por la edad del damnificado a la fecha de la primera manifestación invalidante. Este capital no podrá ser superior a \$180.000. Además, el o los derechohabientes en su conjunto percibirán un pago adicional único de \$50.000.

¹ Cabe aclarar que por derechohabientes se entiende: a) las personas enumeradas en el art. 53 de la Ley 24.241 (viuda, viudo, conviviente, hijos solteros o hijas viudas hasta los 18 años excepto que estuvieran incapacitados para el trabajo, en cuyo caso no corre la limitación de edad); b) en ausencia de los derechohabientes contemplados en a) acceden los padres; c) en caso de fallecimiento de ambos padres acceden los familiares consanguíneos que hayan estado a cargo del accidentado, que reúnan las características dispuestas en la reglamentación.

2.9. SERVICIO EN CASO DE FALLECIMIENTO



En los casos en que el fallecido hubiese aportado al Régimen de Reparto los derechohabientes percibirán anticipos hasta que sea seleccionada la compañía de seguros de retiro a la que se traspasará el capital. La selección se hará según listado de compañías autorizadas por la S.S.N., de acuerdo con lo establecido en la ley y resoluciones que la reglamentan. El o los anticipos abonados se deducirán del capital a integrar y el resto será traspasado a la compañía de seguros de retiro seleccionada.

Documentación a presentar por cónyuge, conviviente o hijos

- Nombre y apellido completo.
- Copias de los recibos de haberes de los 12 meses anteriores al accidente (incluyendo S.A.C. y vacaciones).
- Certificado original del Régimen de Jubilación al que se encontraba aportando el accidentado a la fecha del fallecimiento (Capitalización o Reparto).
- Copia de la partida de matrimonio actualizada y legalizada ante el Registro Civil. Si se trata de conviviente deberá presentar original de información sumaria ante Juzgado Civil con intervención de terceros, es decir citación a Provincia A.R.T. Si se trata del hijo/a deberá presentar copia/s de la/s partida/s de nacimiento/s actualizada/s y legalizada/s ante el Registro Civil (hijos a cargo del fallecido, solteros menores hasta 21 años, o hasta 25 años que se encuentren estudiando, hijos incapacitados para el trabajo a la fecha del fallecimiento).
- Copia de la partida de nacimiento del fallecido actualizada y legalizada ante el Registro Civil.
- Copia de la partida de defunción legalizada.
- Copia del D.N.I. del fallecido si lo hubiese (primera y segunda página).
- Copia/s del D.N.I. del/los beneficiario/s (primera y segunda página incluyendo el último cambio de domicilio).

2.9. SERVICIO EN CASO DE FALLECIMIENTO



Documentación a presentar por padres del fallecido (solamente si no hay beneficiarios comprendidos en el art. 53 de la Ley 24.241)

- Copia de la/s partida/s de nacimiento del/los padre/s del accidentado actualizada/s y legalizada/s ante el Registro Civil.
- Copia de la partida de matrimonio de los padres del accidentado actualizada y legalizada ante el Registro Civil.
- Copia del D.N.I. de los padres.
- Copias de los recibos de haberes de los 12 meses anteriores al accidente (incluyendo S.A.C. y vacaciones).
- Certificado del Régimen de Jubilación al que se encontraba aportando el accidentado a la fecha del fallecimiento (Capitalización o Reparto).
- Copia de la partida de nacimiento del fallecido actualizada y legalizada ante el Registro Civil.
- Copia de la partida de defunción legalizada.
- Copia del D.N.I. del fallecido si lo hubiese (primera y segunda página).

Documentación a presentar por otros derechohabientes a cargo del fallecido, consanguíneos y en ausencia de los anteriores

- Deberán informar mediante nota: nombre y apellido completo, parentesco, edad, domicilio a la fecha del fallecimiento del causante y teléfono, a fin de solicitar la documentación inherente a cada caso para su evaluación.

2.9. SERVICIO EN CASO DE FALLECIMIENTO



Al igual que el resto de los infortunios, el fallecimiento, debe ser denunciado a Provincia A.R.T. –en su carácter de administradora del autoseguro- mediante el mismo Formulario de Denuncia de Accidente de Trabajo o Enfermedad Profesional vía fax dentro de las 48 horas de ocurrido el deceso. Para solicitar la indemnización por muerte por accidente de trabajo, los derechohabientes deberán solicitar a la sucursal más cercana de Provincia A.R.T. el instructivo donde se les indica la documentación que deben presentar al área de Prestaciones Dinerarias / Mortales.

Si durante un viaje, y a raíz de un accidente laboral, sobreviniera el fallecimiento de un trabajador, se organizará y abonarán los gastos de féretro, traslado, trámites administrativos y transporte hasta el lugar de inhumación en la Argentina, por el medio que se considere más conveniente.

2.10. RECOMENDACIONES



- **Aconseje a sus empleados que lleven siempre consigo la credencial proporcionada por el empleador autoasegurado.**

- Procure que los números telefónicos de emergencias médicas se encuentren al alcance de todo el personal, en lugares visibles a toda hora y en los distintos sectores de su empresa.

- Tenga a mano el formulario de Solicitud de Asistencia Médica que debe completar el organismo siguiendo las instrucciones correspondientes y procure que el accidentado lo lleve consigo al momento de la atención. Si no pudiera hacerse en forma inmediata, hágalo llegar al prestador cuanto antes. Esto, junto con la documentación personal del trabajador, es requerido por el prestador del servicio médico.

- **Envíe el Formulario de Denuncia de Accidente de Trabajo o Enfermedad Profesional completo, con letra clara y en original, a Provincia A.R.T. dentro de las 72 horas de ocurrido el accidente.**



- **Lea los instructivos para completar los formularios y complete todos los datos.**

3. CÓMO COMPLETAR EL FORMULARIO DE SOLICITUD DE ASISTENCIA MÉDICA



La Solicitud de Asistencia Médica es el formulario mediante el cual el organismo solicita al prestador médico que dé asistencia sanitaria al trabajador. El prestador enviará personalmente, por correo o por fax copia de la solicitud a Provincia A.R.T. Para ello existe un servicio de envío y recepción automático de faxes al que se accede llamando al 0800-999-1829. Las solicitudes en blanco serán provistas por el empleador autoasegurado.

A continuación detallamos los distintos campos que integran el formulario, y la información que debe constar en cada uno de ellos.

| | | |
|---|---------------------------------------|---|
|  Buenos Aires LA PROVINCIA CÓDIGO Nº 5040 | SOLICITUD DE ASISTENCIA MÉDICA |  |
| DATOS DEL ORGANISMO | | |
| ORGANISMO / DEPENDENCIA: C.U.I.T. Nº: | | |
| CONTRATO Nº: AUTOSEGURO TELÉFONO: FAX: | | |
| CALLE: Nº: PISO: DPTO: CÓDIGO POSTAL: | | |
| LOCALIDAD: PROVINCIA: PAÍS: | | |

- **Razón social:** Nombre del organismo al cual pertenece el accidentado.
- **C.U.I.T.:** Número de C.U.I.T. del organismo al cual pertenece el accidentado (ver recibo de sueldo).
- **Domicilio:** Domicilio del organismo al cual pertenece el accidentado.
- **Provincia:** Provincia de Buenos Aires.
- **Teléfono:** Número de teléfono del organismo al cual pertenece el accidentado.

3. CÓMO COMPLETAR EL FORMULARIO DE SOLICITUD DE ASISTENCIA MÉDICA



Datos del empleado:

- **Apellido y nombre:** Apellido y nombre del accidentado.
- **C.U.I.L./D.N.I.:** Tachar el tipo de documento que no corresponda e indicar su número. Preferentemente indicar el C.U.I.L.
- **Fecha de nacimiento:** Fecha en que nació el accidentado.
- **Domicilio:** Calle, número de puerta, localidad, código postal, provincia, país donde reside el accidentado.
- **Teléfono:** Nº de teléfono del accidentado.
- **Horario habitual que cumple el trabajador:** Indicar horario de inicio y fin de la jornada laboral habitual.
- **Que ha sufrido un accidente de trabajo:** Indicar hora y fecha en que ocurrió el accidente.
- **Ocupación en el momento del accidente:** Tarea que realizaba el accidentado en el momento del accidente.

ROGAMOS PRESTEN ASISTENCIA MÉDICA AL TRABAJADOR DE ESTA EMPRESA.

| |
|--|
| DATOS DEL TRABAJADOR ACCIDENTADO |
| NOMBRE Y APELLIDO: [C.U.I.L.] [D.N.I.] [L.C.] [L.E.] [C.I.] [PASAPORTE] Nº: |
| FECHA DE NACIMIENTO: / / CALLE: Nº: PISO: DPTO: CÓDIGO POSTAL: |
| CALLE: Nº: PISO: DPTO: CÓDIGO POSTAL: |
| LOCALIDAD: PROVINCIA: PAÍS: |
| TELÉFONO: HORARIO HABITUAL QUE CUMPLE EL TRABAJADOR: DE HS. A HS. |

3. CÓMO COMPLETAR EL FORMULARIO DE SOLICITUD DE ASISTENCIA MÉDICA



Datos del empleado:

- **Apellido y nombre:** Apellido y nombre del accidentado.
- **C.U.I.L./D.N.I.:** Tachar el tipo de documento que no corresponda e indicar su número. Preferentemente indicar el C.U.I.L.
- **Fecha de nacimiento:** Fecha en que nació el accidentado.
- **Domicilio:** Calle, número de puerta, localidad, código postal, provincia, país donde reside el accidentado.
- **Teléfono:** N° de teléfono del accidentado.
- **Horario habitual que cumple el trabajador:** Indicar horario de inicio y fin de la jornada laboral habitual.
- **Que ha sufrido un accidente de trabajo:** Indicar hora y fecha en que ocurrió el accidente.
- **Ocupación en el momento del accidente:** Tarea que realizaba el accidentado en el momento del accidente.

3. CÓMO COMPLETAR EL FORMULARIO DE SOLICITUD DE ASISTENCIA MÉDICA



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 Y APELLIDO O RAZÓN SOCIAL:
DOMICILIO:TELÉFONO:

FECHA SOLICITUD

FIRMA AUTORIZADA POR EL ORGANISMO Y ACLARACIÓN

- **Prestador al que fue derivado:** Nombre del centro médico asignado.
- **Calle/N°/C.P./Loc/Tel:** Datos del prestador médico.
- **Accidente:** Marcar con un círculo el tipo de accidente.
- **Detalle del accidente, descripción del mismo:** Descripción breve de cómo ocurrió el accidente, o qué síntomas presenta de recaída del accidente.
- **Lugar, Fecha:** Lugar y fecha del accidente.
- **Firma autorizada, aclaración:** Datos a completar por el organismo.

4. CÓMO COMPLETAR EL FORMULARIO DE DENUNCIA DE ACCIDENTE DE TRABAJO O ENFERMEDAD PROFESIONAL



Una vez procurada la atención médica, el empleador autoasegurado debe informar a Provincia A.R.T. –en su carácter de administradora del autoseguro- acerca de todo accidente de trabajo o enfermedad profesional que afecte a sus empleados. Para ello, debe completar el Formulario de Denuncia de Accidente de Trabajo o Enfermedad Profesional y enviar a Provincia A.R.T. una copia en un plazo máximo de 24 horas. El formulario debe estar firmado por el responsable de recursos humanos, el jefe o supervisor del accidentado, o cualquier otra persona del organismo con autoridad suficiente para realizar estas comunicaciones.

El formulario puede enviarse al servicio de envío y recepción automático de fax al 0800-999-1829. Las solicitudes en blanco serán provistas por el empleador autoasegurado. Asimismo le recordamos que es requisito obligatorio presentar el Formulario de Denuncia original ante Provincia A.R.T. dentro de las 72 horas.

A continuación detallamos los distintos campos que integran el formulario, y la información que debe constar en cada uno de ellos.

Tipo de Siniestro

| | | |
|---|--|---|
| | INFORME DE ACCIDENTE DE TRABAJO O ENFERMEDAD PROFESIONAL. | |
| <input type="checkbox"/> ENFERMEDAD PROFESIONAL | <input type="checkbox"/> ACCIDENTE DE TRABAJO | <input type="checkbox"/> ACCIDENTE IN ITINERE |
| <input type="checkbox"/> EN EL TRABAJO | <input type="checkbox"/> EN OTRO CENTRO O LUGAR DE TRABAJO | <input type="checkbox"/> AL IR O VOLVER DEL TRABAJO |
| <input type="checkbox"/> REAGRAVAMIENTO CASO ANTERIOR | <input type="checkbox"/> FECHA DE REAGRAVAMIENTO: | <input type="checkbox"/> SINIESTRO MULTIPLE |
| | | <input type="checkbox"/> FECHA SINIESTRO: |
| | | <input type="checkbox"/> DESPLAZAMIENTO EN EL DÍA LABORAL |
| | | <input type="checkbox"/> OTRO |
| | | <input type="checkbox"/> RESERVADO |
| | | <input type="checkbox"/> DEN |

4. CÓMO COMPLETAR EL FORMULARIO DE DENUNCIA DE ACCIDENTE DE TRABAJO O ENFERMEDAD PROFESIONAL



Marcar con una cruz la opción correspondiente.

- **Enfermedad profesional:** Aquellas que se producen como consecuencia de la realización de las tareas laborales.
- **Accidente de trabajo:** Se considera accidente de trabajo todo hecho súbito y violento que ocurra en ocasión de trabajo.
- **Accidente in itinere:** Los ocurridos entre el domicilio del trabajador y el lugar de trabajo o viceversa, siempre y cuando el trabajador no modifique o altere el trayecto por causas ajenas al trabajo.

Completar la fecha de siniestro. Fecha en la cual sucedió el accidente o la toma de conocimiento de la enfermedad (dd/mm/aa).

Marcar con una cruz la opción correspondiente.

- **En el trabajo.** En las instalaciones habituales de trabajo.
- **En otro centro o lugar de trabajo.** En instalaciones de trabajo que no son las habituales.
- **Al ir o al volver del trabajo.** Sólo para accidentes in itinere.
- **Desplazamiento en día laboral.** Trayectos realizados durante la jornada laboral que no son accidentes in itinere.
- **Otro.** Otras posibilidades no contempladas en los casos anteriores.

Marcar con una cruz la opción correspondiente.

- **Reagravamiento caso anterior:** Cuando un trabajador sufrió un accidente, obtuvo el alta y luego tuvo una recaída del mismo accidente.
- **Si corresponde, completar la Fecha de Reagravamiento:** Fecha en la cual sucedió la recaída (dd/mm/aa).
- **Siniestro Múltiple:** Cuando más de un trabajador resultó accidentado en el mismo hecho.

4. CÓMO COMPLETAR EL FORMULARIO DE DENUNCIA DE ACCIDENTE DE TRABAJO O ENFERMEDAD PROFESIONAL



Datos del Organismo

| DATOS DEL ORGANISMO | |
|--|--|
| DEPENDENCIA: | C.U.I.T.: |
| CONTRATO N°: AUTOSEGURO | C.I.I.U.: |
| CALLE: | N°: |
| PISO: | OFICINA: |
| CÓDIGO POSTAL: | LOCALIDAD: |
| PROVINCIA: | TELÉFONO: |
| FAX: | MAIL: |
| NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO DE OCURRENCIA DEL ACCIDENTE O DETECCIÓN DE LA ENFERMEDAD PROFESIONAL: | |
|CÓDIGO DEL ESTABLECIMIENTO: | |
| C.I.I.U.: | |
| EMPRESA SUBCONTRATADA: SI [] NO [] C.U.I.T. OCURRENCIA O DETECCIÓN: | |
| CALLE: | N°: |
| LOCALIDAD: | PROVINCIA DE OCURRENCIA O DETECCIÓN: |
| CÓDIGO POSTAL: | |

- **Dependencia:** Nombre de la dependencia / organismo al cual pertenece el accidentado.
- **C.U.I.T.:** Número de C.U.I.T. del organismo al cual pertenece el accidentado (ver recibo de sueldo).
- **Contrato N°:** Autoseguro de la Provincia de Buenos Aires.
- **C.I.I.U.:** Código industrial internacional uniforme o "código de actividad principal"
- **Dirección, N°, Piso, Of, Código Postal, Localidad y Provincia:** Datos del domicilio principal del organismo.
- **Teléfono, fax, mail:** Datos de contacto del organismo al cual pertenece el accidentado.
- **Nombre del establecimiento de ocurrencia del accidente o detección de la enfermedad profesional, código del establecimiento, CIIU** (si fuera diferente al del organismo).
- **Empresa subcontratada:** *Marcar con una cruz donde corresponda.* Por ejemplo, el trabajador pertenece a una empresa de limpieza y se accidenta mientras está limpiando en las oficinas de un banco que es cliente de su

4. CÓMO COMPLETAR EL FORMULARIO DE DENUNCIA DE ACCIDENTE DE TRABAJO O ENFERMEDAD PROFESIONAL



organismo, en ese caso debe marcar "SI". Otro ejemplo: el trabajador de un banco se accidenta en la sucursal donde habitualmente trabaja o en la casa central del banco, en ese caso debe marcar "NO".

- **C.U.I.T. Ocurrencia o Detección:** C.U.I.T. del organismo donde sucedió efectivamente el accidente o donde prestaba servicios el trabajador al momento de detección de la enfermedad. Puede ser igual al C.U.I.T. que figura más arriba o diferir de éste. Colocarlo únicamente si difiere del C.U.I.T. principal ya informado.
- **Calle, N°, Localidad, Provincia de ocurrencia o detección, Código Postal:** Sólo para los casos que indicaron "SI" en "Subcontratada", en este apartado deben consignar los datos del domicilio del establecimiento donde ocurrió el accidente o se detectó la enfermedad.

Datos del Trabajador Accidentado

| DATOS DEL TRABAJADOR | |
|--|--|
| NOMBRE Y APELLIDO: | [C.U.I.L.] [D.N.I.] [L.C.] [L.E.] [C.I.] [PASAPORTE] N°: |
| C.U.I.L.: | FECHA DE NACIMIENTO:/...../..... SEXO: [MASCULINO] [FEMENINO] NACIONALIDAD: |
| ESTADO CIVIL: [SOLTERO] [CASADO] [VIUDO] [DIVORCIADO] [SEPARADO] [UNIÓN DE HECHO] CALLE: | N°: |
| PISO: | DTO: |
| CÓDIGO POSTAL: | LOCALIDAD: |
| PROVINCIA: | TELÉFONO: |
| FECHA DE INGRESO AL ORGANISMO:/...../..... | REMUNERACIÓN A LA FECHA DEL ACCIDENTE: SUELDO: \$..... / JORNAL: \$..... |
| TURNO DE TRABAJO HABITUAL: [FIJO DIURNO] [FIJO NOCTURNO] [ROTATIVO] | JORNADA HABITUAL DE:HS. HASTA:HS. MANO HÁBIL: [IZQUIERDA] [DERECHA] SITUACIÓN CONTRACTUAL: |
|HS.HS. | FECHA DE ÚLTIMO EXAMEN PERIÓDICO:/...../..... OBRA SOCIAL: |
| [REPARTO] [CAPITALIZACIÓN] A.F.J.P.: | PUESTO DE TRABAJO EN EL MOMENTO DEL ACCIDENTE DE TRABAJO O ENFERMEDAD PROFESIONAL: |
| C.I.U.O.: | ANTIGÜEDAD AL MOMENTO DEL DIAGNÓSTICO: |
| PUESTO DE TRABAJO ANTERIOR (C.I.U.O.): | ANTIGÜEDAD: |
| OTRO EMPLEADOR AL MOMENTO DEL ACCIDENTE O ENFERMEDAD PROFESIONAL [] RAZÓN SOCIAL: | |

4. CÓMO COMPLETAR EL FORMULARIO DE DENUNCIA DE ACCIDENTE DE TRABAJO O ENFERMEDAD PROFESIONAL



- **Apellido y nombre:** Apellido y nombre del accidentado.
- **D.N.I., L.C., L.E., C.I., Pas:** Señalar el tipo de documento del accidentado y completar el número.
- **Nº de C.U.I.L.:** número de C.U.I.L. del accidentado.
- **Fecha de nacimiento:** Fecha en que nació el accidentado (dd/mm/aaaa).
- **Sexo:** Masculino o femenino (señalar lo que corresponda).
- **Nacionalidad:** Nacionalidad del accidentado.
- **Estado Civil:** Estado civil del accidentado. Señalar lo que corresponda.
- **Calle, Nº, Piso, Dto, Localidad, Código Postal, Provincia y teléfono:** datos del domicilio y de contacto del accidentado. Es fundamental que estos datos estén actualizados, ya que se utilizarán para enviar notificaciones y entregar prestaciones (remises, medicamentos, etc).
- **Fecha de Ingreso organismo:** Fecha en que el accidentado ingresó al organismo .
- **Remuneración a la fecha del accidente, Sueldo/jornal:** Sueldo o jornal en bruto. Este dato se utilizará posteriormente si corresponde calcular una indemnización.
- **Turno de trabajo habitual:** Señalar el horario en el que trabaja habitualmente.
- **Jornada habitual:** Indicar el horario “desde” y “hasta” de la jornada laboral. Si el trabajador realiza una jornada cortada, indicar todos los horarios de inicio y finalización utilizando los 4 casilleros disponibles.
- **Mano hábil:** Señalar si es la mano derecha o izquierda.
- **Situación contractual:** Indicar si está en relación de dependencia por tiempo determinado o indeterminado, si es pasante, etc.
- **Fecha de último examen periódico:** Si al trabajador accidentado se le hubiera realizado un examen periódico, indicar su fecha.

4. CÓMO COMPLETAR EL FORMULARIO DE DENUNCIA DE ACCIDENTE DE TRABAJO O ENFERMEDAD PROFESIONAL



- **Obra social:** Consignar la obra social con la que cuenta el trabajador accidentado.
- **Reparto / Capitalización:** Régimen jubilatorio del trabajador accidentado (señalar lo que corresponda, considerando que “reparto” es el Estado y “capitalización” es una A.F.J.P.).
- **A.F.J.P.:** Si señaló “Capitalización” en régimen jubilatorio, indicar cuál es la AFJP a la que el trabajador está derivando los aportes.
- **Puesto de trabajo en el momento del accidente o detección de la enfermedad profesional:** Tareas que realiza el accidentado al momento del siniestro.
- **C.I.U.O.:** Es el código de identificación del puesto de trabajo (A.N.S.E.S.). Completar este campo es opcional.
- **Antigüedad al momento del diagnóstico:** Cuánto tiempo lleva el accidentado prestando servicios en el organismo, en el puesto de trabajo actual (indicar días, meses o años según corresponda)
- **Puesto de trabajo anterior (C.I.U.O.):** Indicar el C.I.U.O. del anterior puesto de trabajo que hubiera ocupado el accidentado.
- **Antigüedad:** Cuánto tiempo pasó el accidentado en el puesto de trabajo anterior al actual.
- **Otro empleador al momento del accidente o Enf. Profesional:** Marcar con una cruz sólo si al momento del siniestro el accidentado trabajaba para otro organismo.
- **Razón social:** Indicar el nombre del otro empleador del accidentado al momento del siniestro.

4. CÓMO COMPLETAR EL FORMULARIO DE DENUNCIA DE ACCIDENTE DE TRABAJO O ENFERMEDAD PROFESIONAL



Datos del Accidente

| I N F O R M A C I Ó N S O B R E E L S I N I E S T R O | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ACCIDENTE DE TRABAJO | | | | | |
| HORA DEL ACCIDENTE:HS. HORARIO DE LA JORNADA EL DÍA DEL ACCIDENTE: DE.....HS. HASTA:HS. FECHA DE INICIO DE INASISTENCIA LABORAL:/...../..... | | | | | |
| DOMICILIO DE OCURRENCIA DEL ACCIDENTE: [ESTABLECIMIENTO PROPIO] [OTRO LUGAR] CALLE:Nº: | | | | | |
| CÓDIGO POSTAL: | | LOCALIDAD: | | PROVINCIA: | |
| DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE Y SUS CONSECUENCIAS: | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| CÓDIGOS DE LESIÓN (VER TABLAS) - ACCIDENTE DE TRÁNSITO: SI [] NO [] GRAVEDAD PRESUNTA: [LEVE] [GRAVE] [MORTAL] | | | | | |
| AGENTE MATERIAL ASOCIADO: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| FORMA DEL ACCIDENTE: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| DIAGNÓSTICO: | 1 | 2 | 3 | | |
| NATURALEZA DE LA LESIÓN: | 1 | 2 | 3 | | |
| ZONA DE CUERPO AFECTADA: | 1 | 2 | 3 | | |

- **Hora del Accidente:** Hora en que ocurrió el accidente.
- **Horario de la jornada el día del accidente:** Horario laboral (de entrada y salida) en la fecha en que ocurrió el accidente.
- **Fecha de Inicio de Inasistencia Laboral:** Indicar el día (dd/mm/aaaa) en que el trabajador comenzó a faltar (puede coincidir o no con la fecha de ocurrencia del siniestro).
- **Domicilio de ocurrencia del accidente:** Marcar con una cruz si fue en "Establecimiento propio" o en "Otro lugar".
- **Calle, Nº, Código Postal, Localidad, Provincia:** Indicar el domicilio donde ocurrió el accidente si es diferente del domicilio del organismo que se indicó en "Datos del Organismo".

4. CÓMO COMPLETAR EL FORMULARIO DE DENUNCIA DE ACCIDENTE DE TRABAJO O ENFERMEDAD PROFESIONAL



- **Descripción del accidente y sus consecuencias:** Descripción breve de cómo ocurrió el accidente o qué síntomas tiene el paciente.
- **Accidente de tránsito:** Marcar con una cruz la opción correcta.
- **Gravedad presunta:** Marcar con una cruz la opción correcta. Tener en cuenta que un accidente leve no pone en riesgo la vida del trabajador, un accidente grave pone en riesgo la vida del trabajador y un accidente es mortal cuando produce el fallecimiento del trabajador.
- **Agente material asociado:** Consultar la tabla de códigos y anotar el código correcto. Por ejemplo, si el accidente sucedió con una grúa, el código es 20101.
- **Forma de accidente:** Consultar la tabla de códigos y anotar el código correcto. Por ejemplo, si el accidente se debió a un choque de vehículos, el código es 907.
- **Diagnóstico, naturaleza y zona del cuerpo:** Consultar la tabla de códigos y anotar el código correcto. Tener en cuenta que pueden colocarse hasta 3 diagnósticos diferentes, con sus correspondientes naturalezas y zonas del cuerpo. Por ejemplo, contusiones (código 07) en miembros superiores (código 200), en la cabeza y tórax (código 190) y fractura (código 11) de miembro inferior (código 201).

4. CÓMO COMPLETAR EL FORMULARIO DE DENUNCIA DE ACCIDENTE DE TRABAJO O ENFERMEDAD PROFESIONAL



• **Enfermedad profesional:** Si inicialmente se señaló que el siniestro era una Enfermedad Profesional, se debe completar este cuadro con Diagnóstico, Agente Causante, Agente Material Asociado, Zona del Cuerpo, Tiempo de Exposición al Agente, Fecha de Diagnóstico, Fecha de Inicio de Inasistencia y Forma de Diagnóstico. Algunos de estos datos surgen de las tablas de códigos (diagnóstico, agente material, zona del cuerpo), las fechas deben anotarse manualmente y la forma de diagnóstico debe consultarse en una tabla de códigos incluida en el propio Formulario de Denuncia (examen preocupacional, examen periódico, examen de egreso, ausencia prolongada, etc). Pueden consignarse hasta 3 enfermedades con 3 diagnósticos por cada una de ellas.

| ENFERMEDAD PROFESIONAL | | | | | | | |
|-----------------------------------|--|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------|----------------------|---|-----------------------|
| AGENTE CAUSANTE (AG) (VER TABLAS) | DESCRIPCIÓN DE LA ENFERMEDAD PROFESIONAL | AGENTE MATERIAL ASOCIADO (VER TABLA) | ZONA DEL CUERPO AFECTADA (VER TABLA) | TIEMPO DE EXPOSICIÓN AL AGENTE | FECHA DE DIAGNÓSTICO | FECHA DE INICIO DE LA INASISTENCIA LAB. | FORMA DE DIAGNÓSTICO* |
| AC 1 | DIAGNÓSTICO 1 | | | | | | |
| | DIAGNÓSTICO 2 | | | | | | |
| | DIAGNÓSTICO 3 | | | | | | |
| AC 2 | DIAGNÓSTICO 1 | | | | | | |
| | DIAGNÓSTICO 2 | | | | | | |
| | DIAGNÓSTICO 3 | | | | | | |
| AC 3 | DIAGNÓSTICO 1 | | | | | | |
| | DIAGNÓSTICO 2 | | | | | | |
| | DIAGNÓSTICO 3 | | | | | | |

4. CÓMO COMPLETAR EL FORMULARIO DE DENUNCIA DE ACCIDENTE DE TRABAJO O ENFERMEDAD PROFESIONAL



Otros Datos

CENTRO ASISTENCIAL: DOMICILIO: CÓDIGO POSTAL:
 LOCALIDAD: TELÉFONO: ACCIDENTE IN ITINERE:
 DENUNCIA POLICIAL N° (ADJUNTAR COPIA): COMISARÍA:

_____ LUGAR _____ FECHA DE CONFECCIÓN DE FORMULARIO _____ FIRMA, ACLARACIÓN Y D.N.I. DEL DENUNCIANTE _____

LAS TABLAS MENCIONADAS SERÁN PROVISTAS POR EL EMPLEADOR AUTOASEGURADO.

- **Centro Asistencial:** Indicar el nombre del prestador donde el accidentado recibió las primeras atenciones o donde se encuentra internado actualmente. Detallar el Domicilio, Código Postal, Localidad y Teléfono. Tengamos en cuenta que estos datos se utilizarán para contactar al prestador y, si corresponde, efectuar una derivación.
- **Accidente in itinere:** Si se trató de un accidente in itinere, indicar el N° de la Denuncia Policial y los datos de la Comisaría. Adjuntar copia de la denuncia.
- **Firmas:** Indicar lugar, fecha, aclaración, D.N.I. del firmante y firmar.

Las Tablas mencionadas se refieren a las Tablas de Códigos para agente, naturaleza, zona del cuerpo, etc. Pueden solicitarse al empleador autoasegurado.

5. GUÍA DE TELÉFONOS Y DIRECCIONES ÚTILES



Centro de Atención al Cliente

de 09 a 18 horas: 0800 333 1278

Coordinación de Emergencias Médicas

365 días al año, las 24 horas: 0800 333 1333

y por cobro revertido (54-11) 4819-6433

Provincia ART - Casa Central

Teléfono: 4819 2800

Dirección: Carlos Pellegrini 91

E-mail: info@provart.com.ar

Web: www.provinciart.com.ar

Horario de atención: de 10 a 17.30 horas

Horario de recepción de documentación (Planta Baja): de 10 a 16.00 horas

Horario de Tesorería (1º piso): de 10 a 16 horas

Horario de Reintegros de Gastos Médicos (1º piso): de 10 a 16 horas

Horario de Contaduría (averiguación pago a proveedores): de 13 a 17.30 horas

5. GUÍA DE TELÉFONOS Y DIRECCIONES ÚTILES



Delegación Bahía Blanca – Responsable: Sr. Roberto IZAGUIRRE

Teléfonos: 0291.455.2872 / 73 / 0800 666 9338

Dirección Chiclana 299 esquina Fitz Roy (Bahía Blanca – Buenos Aires)

E-mail: bblanca@provart.com.ar

Oficina de Junín – Sr. Carlos GARCÍA

Teléfonos: 02362.42. 8996 / 7132

Dirección: Saavedra 98 (Junín – Buenos Aires)

E-mail: junin@provart.com.ar

Delegación La Plata – Responsable: Sr. Jorge GONZALEZ

Teléfonos: 0221.489.0115 / 421.2399

Dirección: Calle 7 N° 440 (La Plata – Buenos Aires)

E-mail: laplata@provart.com.ar

Delegación Mar del Plata – Responsable: Sr. Darío GUARISTE

Teléfonos: 0223.499.2100 / 2119 / 2122 FAX 0800 999 1829 cod.421

Dirección: Diag.Pueyrredon 3204 (Mar del Plata – Buenos Aires)

E-mail: mardelplata@provart.com.ar

5. GUÍA DE TELÉFONOS Y DIRECCIONES ÚTILES



Anexo Delegación Mar del Plata

Teléfonos: 0223.492.2933 / 493.7336 / 0810 222 4777

Dirección: Bolívar 3053 Local 1 (Mar del Plata – Buenos Aires)

E-mail: mardelplata@provart.com.ar

Oficina de Olavarría – Sra. Fernanda PEZET

Teléfonos: 02284.44.5514 / 5562

Dirección: Dorrego 2871 (Olavarría – Buenos Aires)

E-mail: olavarria@provart.com.ar

Oficina de Pehuajó – Sr. Jorge CUCULICHE

Teléfono: 02396.47.0116

Dirección: Adolfo Alsina 443 (Pehuajó – Buenos Aires)

E-mail: pehuajo@provart.com.ar

Oficina de Tandil – Sras. María Eugenia FIGUEROA y Roberta STURLA

Teléfonos: 02293.44.1875 / 43.4347

Dirección: General Pinto 731 (Tandil – Buenos Aires)

E-mail: tandil@provart.com.ar

5. GUÍA DE TELÉFONOS Y DIRECCIONES ÚTILES



Oficina de Trenque Lauquen – Sr. Mario IDOETA

Teléfonos: 02392. 43.4152 / 42.3587

Dirección: Oro 299 esq. Avellaneda (Trenque Lauquen – Buenos Aires)

E-mail: trenquelauquen@provart.com.ar

Oficina de Villa Gesell – Sra. Eva AISENSTEIN

Teléfono: 02255.47.3900

Dirección: Av. Buenos Aires y Alameda s/n (Villa Gesell – Buenos Aires)

E-mail: vgesell@provart.com.ar

Oficina de Zárate - Sr. Jorge LEGUIZAMON

Teléfonos: 03487.42.6152 / 43.2038

Dirección: Leandro N Alem 345 (Zárate – Buenos Aires)

E-mail: zarate@provart.com.ar