Berkley International
Seguros|ART|Cauciones

Berkley International ART S.A.
Carlos Pellegrini 1023, Piso 3
C1009ABU - Buenos Aires, Argentina
Tel. 54-11-4378-8000 Fax: 54-11-4378-8039/8040
berkley@berkley.com.ar

Denuncia de Accidentes del Trabajo

Nº SINIESTRO _____

DATOS DEL EMPLEADOR

Razón social: _____
C.U.I.T. _____ Email: _____
Contrato Nº _____ C.I.I.U. _____
Tel.: _____ Fax: _____

DATOS DEL ACCIDENTADO

Apellido y Nombre: _____
C.U.I.L: _____ Tipo Doc.: _____ Nº Doc.: _____
Domicilio: _____ Tel.: _____
C.P.A.: _____ Localidad: _____
Provincia: _____ Sexo: _____
Fecha de Nacimiento: ___ / ___ / ___ Estado Civil: _____
Cargo/Actividad: _____
Ultimo salario mensual ($): _____
Fecha de ingreso en la empresa: _____ / _____ / _____
Antigüedad en el puesto: _____
Turno de trabajo habitual (diurno/noct./rot.): _____
Horario habitual: de _____ hs. a _____ hs.
Obra Social: _____
Nombre AFJP/Reparto: _____

DATOS DEL ACCIDENTE

Tipo de contingencia:

- ☐ Accidente de trabajo
- ☐ Accidente in itinere
- ☐ Enfermedad profesional
- ☐ Reingreso

Razón social del establecimiento donde ocurrió el accidente:
_____ C.U.I.T.: _____
Domicilio o lugar del hecho: _____
C.P.A.: _____ Localidad: _____
C.I.I.U.: _____
Provincia: _____ Actividad desarrollada en el establecimiento donde ocurrió el accidente: _____
Fecha del accidente: ___ / ___ / ___ Día de la semana: _____
Hora: _____ País donde ocurrió el accidente: _____
Horario a cumplir el día del accidente: _____
Fecha en que abandonó el trabajo: ___ / ___ / ___ Hora: _____
Fecha de conocimiento del Supervisor: _____ / _____ / _____
Nombre y Apellido del Supervisor: _____
Testigos (nombre y ap., domicilio y teléfono): _____
_____
Tarea habitual: _____
Tarea que realizaba al accidentarse: _____
Breve descripción del hecho (modo y circunstancias en que se produjo): _____
_____
_____
_____

FORMA DEL ACCIDENTE (ver tabla Nº 1 al dorso)

COD ☐ Detalle: _____

ZONA DEL CUERPO AFECTADA (ver tabla Nº 2 al dorso)

COD ☐ Detalle: _____

NATURALEZA DE LA LESION (ver tabla Nº 3 al dorso)

COD ☐ Detalle: _____

AGENTE MATERIAL CAUSANTE (ver tabla Nº 4 al dorso)

COD ☐ Detalle: _____

OTROS DATOS

Nombre y Apellido del médico o Razón social del establecimiento sanitario que prestó los primeros auxilios: _____
_____
Matrícula profesional Nº: _____
Domicilio: _____
Prestador médico que lo atiende actualmente: _____
_____
Domicilio: _____ Tel.: _____
Accidente en vía pública. Denuncia Policial o Exposición Civil Nº: ___
_____ Comisaría: _____
Nombre del responsable de Higiene y seguridad en el Trabajo: _____
_____
Nombre del responsable de medicina del Trabajo: _____
_____
Observaciones: _____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Importante: Las denuncias por accidente y enfermedad de trabajo deben ser remitidas a su aseguradora dentro de las 48 hs. de ocurridos.
Si se trata de un accidente grave este tiempo se reduce a 12 hs.

Fecha / / Nombre del denunciante: _____ _____
Firma