



LA CAJA ART S.A.
 CUIT 30-68626705-5
 FITZ ROY 957 C.P (1414) C.A.B.A.
 Centro de Atención al Cliente: 0-800-777-7278
 Fax: 0-800-777-7278 opción 4
 www.lacajaart.com.ar



DENUNCIA DE ACCIDENTE DE TRABAJO O ENFERMEDAD PROFESIONAL

Contingencias cubiertas por la Ley N° 24557 y su reglamentación
 Enviar dentro de las 48 hs. hábiles
 Resolución N° 1601 y 1604 / 07

**Notifique al Centro Coordinador
 0800-8880-200**

N° de Siniestro

Se lo informa el Centro Coordinador

Datos de la Empresa

Nombre de la Empresa	CUIT	Contrato N°	CIU
Domicilio	Localidad		
Provincia	C.P.	Tel.	
Nombre del establecimiento de ocurrencia del accidente o detección de la enfermedad profesional			
Cód. Establecimiento	CIU	Empresa subcontratada: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	CUIT ocurrencia o detección
Domicilio	Localidad	Pcia. de ocurrencia o detección	C.P.

Datos del Trabajador

Apellido y Nombres		Tipo y N° de Documento	
CUIL	Nacionalidad	Fecha de Nacimiento	Sexo: M - F
Domicilio	Localidad	Provincia	C.P.
Estado Civil: Soltero <input type="checkbox"/>	Casado <input type="checkbox"/>	Viudo <input type="checkbox"/>	Divorciado <input type="checkbox"/>
Separado <input type="checkbox"/>	Unión Hecho <input type="checkbox"/>		
Fecha de Ing. en la empresa / /	Fecha de Ing. al establecimiento / /	Turno de trabajo habitual: Fijo <input type="checkbox"/> Rotativo <input type="checkbox"/>	
Jornada Habitual (Desde/Hasta)	Situación contractual	Fecha último examen periódico / /	
Obra Social	Reparto <input type="checkbox"/>	Capitalización <input type="checkbox"/>	A.F.J.P.
Puesto de trabajo en el momento del accidente o detección de Enfermedad Profesional			Antigüedad
Puesto de trabajo anterior			Antigüedad

Información sobre el Siniestro

ACCIDENTE DE TRABAJO ENFERMEDAD PROFESIONAL MUERTE: SI NO

En el trabajo En otro centro o lugar de trabajo Al ir o al volver del trabajo Desplazamiento en día laboral Otro

Accidente de Trabajo

Fecha / / Horario de la jornada el día del accidente Hora Accidente

Fecha de inicio de la inasistencia laboral / / Realizaba una tarea habitual al accidentarse: SI NO

Descripción del Accidente:

Agente material asociado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diagnóstico	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Forma del accidente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Naturaleza de la lesión	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zona del Cuerpo Afectada	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Enfermedad Profesional

	Descripción de la EP	Agente Material Asociado (ver tabla)	Zona del cuerpo afectada	Tiempo de exposición al agente	Fecha de diagnóstico	Forma de diagnóstico (ver tabla)	Fecha de inicio de la inasistencia laboral
Agente Causante 1 (ver tabla)	Diagnóstico 1						
	Diagnóstico 2						
	Diagnóstico 3						
Agente Causante 2 (ver tabla)	Diagnóstico 1						
	Diagnóstico 2						
	Diagnóstico 3						
Agente Causante 3 (ver tabla)	Diagnóstico 1						
	Diagnóstico 2						
	Diagnóstico 3						

Centro Asistencial Domicilio

Localidad Provincia C.P. Tel.

Accidente in itinere Denuncia policial N° (Adjuntar copia) Comisaría

Lugar y Fecha Firma, Aclaración y DNI del Denunciante