

**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 | NO | NRO. DE SINIESTRO ANTERIOR | ACCIDENTE | ENFERMEDAD PROFESIONAL |
|-------------------|-----------|----|----|----------------------------|-----------|------------------------|

### DATOS DEL EMPLEADOR

|                      |                      |       |                    |          |          |  |  |
|----------------------|----------------------|-------|--------------------|----------|----------|--|--|
|                      |                      |       |                    | C.U.I.T. |          |  |  |
| NRO. DE CONTRATO     | C.I.U. PRINCIPAL (1) | CALLE |                    |          |          |  |  |
| LOCALIDAD/ PROVINCIA |                      |       | CÓDIGO POSTAL ARG. | D.D.N.   | TELÉFONO |  |  |

(1) Código de Actividad (C.I.U.): consultar tablas de codificación en nuestra página web [www.galenoart.com.ar](http://www.galenoart.com.ar) o en los soportes magnéticos adjuntos al kit de bienvenida.

### DATOS DEL TRABAJADOR

|                             |                                |             |                  |                              |                    |                 |                     |                       |
|-----------------------------|--------------------------------|-------------|------------------|------------------------------|--------------------|-----------------|---------------------|-----------------------|
| APELLIDO Y NOMBRES          |                                |             |                  | SEXO                         | M                  | 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                 |                       |
|                             |                                |             |                  |                              |                    |                 | \$                  |                       |
| CODIGO 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](http://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.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  
OTRO  
DESPLAZAMIENTO EN EL DÍA LABORAL  
EN EL TRABAJO

FECHA DEL ACCIDENTE  
HORA DEL ACCIDENTE

|                     |
|---------------------|
| FECHA DE OCURRENCIA |
| HORA DE OCURRENCIA  |

HORA INICIO DE JORNADA EL DÍA DEL ACCIDENTE  
HORA FIN DE JORNADA EL DÍA DEL ACCIDENTE

|      |
|------|
| HORA |
| HORA |

CON BAJA LABORAL

|    |    |                    |
|----|----|--------------------|
| SI | NO | FECHA BAJA LABORAL |
|    |    |                    |
|    |    | FECHA DE REINGRESO |
|    |    |                    |

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

(6) Último día trabajado.

### BREVE DESCRIPCIÓN DE LOS HECHOS

|  |
|--|
|  |
|--|

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

|  |
|--|
|  |
|--|

### CODIFICACIÓN DE LOS DATOS DEL SINIESTRO (7)

|                          |                       |                            |                           |
|--------------------------|-----------------------|----------------------------|---------------------------|
| AGENTE MATERIAL ASOCIADO | DIAGNÓSTICO 1 (CIE10) | ZONA DEL CUERPO AFECTADA 1 | NATURALEZA DE LA LESION 1 |
| FORMA DEL ACCIDENTE      | DIAGNÓSTICO 2 (CIE10) | ZONA DEL CUERPO AFECTADA 2 | NATURALEZA DE LA LESION 2 |
| MANO HABIL (DER. IZO.)   | DIAGNÓSTICO 3 (CIE10) | ZONA DEL CUERPO AFECTADA 3 | NATURALEZA DE LA LESION 3 |

(7) Consultar tablas de codificación en nuestra página web [www.galenoart.com.ar](http://www.galenoart.com.ar) o en los soportes magnéticos adjuntos al kit de bienvenida.

### DATOS DEL PRESTADOR ASISTENCIAL

|                                      |        |          |           |      |                                    |       |       |        |
|--------------------------------------|--------|----------|-----------|------|------------------------------------|-------|-------|--------|
| PRESTADOR/ CENTRO MEDICO ASISTENCIAL |        |          |           |      |                                    |       |       |        |
| CALLE                                |        |          |           | NRO. | PISO                               | DPTO. |       |        |
| LOCALIDAD                            |        |          | PROVINCIA |      |                                    |       |       |        |
| CODIGO POSTAL ARG.                   | D.D.N. | TELÉFONO | D.D.N.    | FAX  | GRADO LESION PRESUNTA IDENTIFICADA | LEVE  | GRAVE | MORTAL |

LUGAR Y FECHA

FECHA DE INGRESO A LA ASEGURADORA

FIRMA AUTORIZADA DE LA EMPRESA Y ACLARACIÓN

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

**DESCRIPCIÓN 1° DIAGNÓSTICO**

|                             |                      |               |                            |                     |                                |                  |               |              |                   |
|-----------------------------|----------------------|---------------|----------------------------|---------------------|--------------------------------|------------------|---------------|--------------|-------------------|
| 1° DIAGNÓSTICO ORIGEN DE LA | FECHA 1° DIAGNÓSTICO | DIA- MES- AÑO | ZONA CUERPO AFECTADA 1 (1) | CÓDIGO              | AGENTE MATERIAL ASOCIADO 1 (1) | CÓDIGO           |               |              |                   |
| ENF. PROF. 1                | Ex. Preocupacional   | Ex. Periódico | Cambio Puesto              | Ausencia Prolongada | Ex. Egreso                     | Hospital Público | Prestador ART | Obral Social | Sanatorio Privado |

**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 Trabajo | Ausencia Prolongada        | Ex. Egreso | Hospital Público               | Prestador ART | Obral Social | Sanatorio Privado |

**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 Trabajo | Ausencia Prolongada        | Ex. Egreso | Hospital Público               | Prestador ART | Obral Social | Sanatorio Privado |

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 codificación en nuestra página web [www.galenoart.com.ar](http://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