

**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	FECHA DEL ACCIDENTE	FECHA DE OCURRENCIA	HORA INICIO DE JORNADA EL DÍA DEL ACCIDENTE	HORA	CON BAJA LABORAL	SI	NO	FECHA BAJA LABORAL
DESPLAZAMIENTO EN EL DÍA LABORAL	EN EL TRABAJO		HORA DEL ACCIDENTE	HORA DE OCURRENCIA	HORA FIN DE JORNADA EL DÍA DEL ACCIDENTE	HORA		EN CASO DE REINGRESO, INDICAR		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