



## INTERACCION

(DATOS A COMPLETAR POR EL EMPLEADOR) Ver instructivo al dorso.

La carencia parcial o total de datos en el presente formulario no podrá demorar la atención del trabajador siniestrado.

Lugar:..... Fecha:...../...../..... Hora: .....

Aseguradora de Riesgos de Trabajo Interacción S.A. Código ART: 008-6

### DATOS DEL TRABAJADOR

Nombre y Apellido:..... CUIL N°: .....

DNI-LC-LE-CI: ..... Legajo: .....

### DATOS DEL EMPLEADOR

Razón Social:..... CUIT N°: .....

Domicilio:..... Localidad: .....

Pcia.: ..... CP: ..... Tel: .....

### PRESTADOR

Nombre del Establecimiento Asistencial:.....

Domicilio:.....

Localidad ..... Pcia.:.....

CP: ..... Tel.: ..... Fax:.....

Solicitamos brinden asistencia médica al trabajador indicado más arriba

El que - "ha sufrido un Accidente de Trabajo"  (\*)

- "manifiesta una afección de probable origen profesional"  (\*)

el día .....a las .....horas, mientras prestaba sus servicios para este empleador.

### LUGAR Y FORMA EN QUE SE PRODUJO LA LESION

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

(\*) Marcar lo que corresponda

.....  
Firma y sello del empleador

SOLICITUD DE ATENCIÓN



29

INSTRUMENTIVO

**OBJETIVO:** Registrar el pedido del empleador de la atención inmediata del damnificado por parte del prestador.

**EMISION:** Estará a cargo del empleador afiliado a la Aseguradora (o empresa Autoaseguradora, de corresponder.

**PROCEDIMIENTO:**

**Lugar:** ubicación del establecimiento donde se confecciona el presente formulario.: colocar el nivel alcanzado.

**Fecha:** día, mes y año en que se solicita la atención.

**Hora:** hora de la solicitud.

**Razón Social:** en consignar la razón social del empleador damnificado.

**CUIT:** consignar CUIT del Empleador.

**Domicilio, Localidad, Provincia y C.P.:** ubicación de la razón social (empleador).

**Tel.:** teléfono del empleador.

**Prestador:** nombre del prestador contratado por la Aseguradora/Autoaseguradora, al que se deriva al trabajador.

**Domicilio, Localidad, Provincia, C.P. y Tel.:** datos del prestador.

**"ha sufrido un accidente":** marcar si corresponde.

**"manifiesta una lesión de probable etiología profesional":** marcar si corresponde.

**Día...../...../..... :** día, mes y año en que ocurrió el accidente o el damnificado manifestó su afección.

**Las ..... horas:** hora de sucedido el accidente.

**Nombre y apellido:** datos de filiación del trabajador damnificado.

**CUIL:** CUIL del damnificado.

**DNI - LC - LE - CI:** número del documento de identidad del trabajador.

**Legajo:** consignar N° de legajo del damnificado.

**Lugar y forma en que se produjo la lesión:** mencionar donde ocurrió el accidente (sección, dirección del establecimiento donde ocurrió, en caso de haber sucedido en otro distinto al del empleador) y una breve descripción de lo ocurrido.

**Firma y sello:** del empleador o persona autorizada.