



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 díaa lashoras, 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.