

DENUNCIA DE SINIESTRO



QBE Art SA Bouchard 547 Piso 20 Cap

1. Razón Social		1.a. Póliza Nro.		
2. Domicilio (Calle-Número-Localidad-Prov.)		2.a. C.P.	2.b. Tel.	
3. Tipo de Actividad		Código CIU	CUIT	
4. Apellido y Nombre del Trabajador		4.a. CUIL	4.b. Fecha de Nacimiento	
5. Domicilio Particular (Calle-Número-Localidad- Prov.)		5.a. C.P.	5.b. Teléfono	
6. Estado Civil: soltero casado viudo divorciado separado unión de hecho		7. Nacionalidad		
8. Sexo M F	9. Puesto de Trabajo	10. Puesto de Trabajo al momento del siniestro	11. Fecha de Ingreso a la Empresa	12. Antigüedad en el puesto: No. Años mes días
3. Turno habitual : Fijo Nocturno Rotativo		Obra Social		N
14. Ingreso Base / Remuneración Promedio:		Otros pagos no incluidos en el salario (ej. Horas extras, tickets, aguinaldo, etc.)		
15. Fecha del accidente o toma de conocimiento de la enfermedad		16. Hora del Accidente	17. Horario Habitual: De a hs. De a hs.	
18. Ultimo día trabajado (d.m.a.)	19. Fecha de regreso al trabajo	20. Si aún no regresó al trabajo. Favor indique:	21. Fecha de fallecimiento (Si correspondiere)	
22. Tipo de lesión o enfermedad - Parte del cuerpo afectada - Diagnóstico médico				
23. Datos del establecimiento de ocurrencia (Calle, Nro., Local. Prov. País)		Denominación	Actividad:	
24. Sección donde se produjo el accidente (ej. Máquinas, depósito, etc.)		25. Otros trabajadores accidentados/enfermos en el siniestro? SI NO		
26. Equipos máquinas o químicos que el trabajador utilizaba al momento del siniestro (ej. Acetileno, soldadores, prensas, etc.)				
27. Detallar circunstancias del accidente, secuencia del mismo, objeto que la produjo -de ser necesario utilice otra hoja-.				
28. Accidente de Trabajo		Enfermedad profesional	Accidente in itinere	En comisión Reagravación
29. Denuncia policial O exposición civil		30. Comisaría		
31. Primer Auxilio/ Establecimiento Asistencial: Médico:		Establecimiento:	Domicilio:	Teléfono :
32. Testigos:		Apellido:	Nombre:	Teléfono:
		Apellido:	Nombre:	Teléfono:
Supervisor:		Apellido:	Nombre:	Teléfono:
Completado por: Firma autorizada		Cargo/Aclaración		Fecha de Emisión

1. Por favor enviar dentro de las 24 horas de producido el accidente al Fax (011) 5281-5999 (Res. 204/96 SRT)

2. Enviar a nuestra casilla de Correo Nro. 1377 Correo Central o a Bouchard 547, Piso 20, (1106) Capital Federal

Ante cualquier duda, comuníquese directamente con nosotros al Tel. (011) 5281-5900