



COMPANÍA ARGENTINA DE SEGUROS
LATITUD SUR S.A.
 ASEGURADORA DE RIESGOS DEL TRABAJO

Urquiza N° 602 - PERICO - TEL (0388) 4911741

TELEFONO GRATUITO : 0800-199-0022

E-mail: art.denuncias@latitudsursa.com.ar -- Telefono de Guardia: (0388) 6867840

www.latitudsursa.com.ar

DENUNCIA DE ACCIDENTE DE TRABAJO

A.R.T

N°DENUNCIA

INICIAL

MODIFICACION

CORRECCION DE ERROR

DATOS DEL EMPLEADOR

NOMBRE DE LA EMPRESA		CUIT	C.I.I.U.	A.R.T.	CONTRATO N°
				LATITUD Sur S.A.	
DOMICILIO		LOCALIDAD	PROVINCIA	C.P.	TEL/FAX
EMPRESA SUBCONTRATADA	NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO EN EL QUE SE PRODUJO EL ACCIDENTE		CUIT DE OCURRENCIA		CODIGO DE ESTABLECIMIENTO
DIRECCION DONDE SE DETECTO LA CONTINGENCIA		LOCALIDAD	PROVINCIA	C.P.	C.I.I.U. DEL ESTABLECIMIENTO

DATOS DEL TRABAJADOR

APELLIDO Y NOMBRE		CUIL/DNI	TELEFONO/CELULAR	FECHA NAC.	SEXO
				/ /	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
DOMICILIO		LOCALIDAD	PROVINCIA		CODIGO POSTAL
ESTADO CIVIL *	FECHA DE INGRESO A LA EMPRESA	PUESTO DE TRABAJO EN EL MOMENTO DEL ACCIDENTE	HORARIO DE LA JORNADA (Desde/Hasta)	ANTIGÜEDAD	OBRA SOCIAL
	/ /				

INFORMACION DEL SINIESTRO (ACCIDENTE DE TRABAJO)

EN EL TRABAJO	<input type="checkbox"/>	EN OTRO CENTRO O LUGAR DE TRABAJO	<input type="checkbox"/>	AL IR O VOLVER DEL TRABAJO	<input type="checkbox"/>	OTRO	<input type="checkbox"/>	DESPLAZAMIENTO EN DIA LABORAL	<input type="checkbox"/>
FECHA DEL ACCIDENTE	HORARIO DE LA JORNADA EL DIA DEL ACCIDENTE		HORA DEL ACCIDENTE	REALIZABA TAREA HABITUAL EN MOMENTO DE ACCIDENTE		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		FECHA INICIO INASISTENCIA LABORAL	/ /
DESCRIPCION DEL ACCIDENTE:									

DATOS DEL PRESTADOR

RAZON SOCIAL DEL PRESTADOR		CUIT	TELEFONO
DOMICILIO PRESTADOR		LOCALIDAD	PROVINCIA
			C.P.

ACCIDENTE IN ITINERE

DENUNCIA O EXPOSICION POLICIAL N° (ADJUNTAR UNA COPIA)	COMISARIA	SECCIONAL

DIAGNOSTICO DE INGRESO:

CODIGO DE LESIONES:(VER TABLASANEXAS)

1-FORMA DE ACCIDENTES:

2-NATURALEZA DE LA LESION:

3-ZONA DEL CUERPO AFECTADA:

4-AGENTE MATERIAL ASOCIADO

5-DIAGNOSTICO :

(S/ INTERNACION)

GRAVE

(C/ INTERNACION)

MORTAL

TIPO DE TRATAMIENTO:

DOMICILIO

AMBULATORIO

HOSPITALARIO

S/ INCAPACIDAD:

CONTINUA TRATAMIENTO:

CON INCAPACIDAD:

DEFUNCION:

ENFERMEDAD PROFESIONAL

Agente causante (AC) (Ver Tabla)	Descripción de la EP	Agente Material Asociado	Zona del Cuerpo afectada (Ver Tabla)	Tiempo de exposición al agente	Fecha de Diagnóstico	Forma de diagnostico (completar según *)
AC1	Diagnostico 1				/ /	
	Diagnostico 2				/ /	
	Diagnostico 3				/ /	
AC1	Diagnostico 1				/ /	
	Diagnostico 2				/ /	
	Diagnostico 3				/ /	
AC1	Diagnostico 1				/ /	
	Diagnostico 2				/ /	
	Diagnostico 3				/ /	

* La enfermedad profesional se detectó en (códigos de Formas de Diagnóstico)

Examen preocupacional	P	Ausencia prolongada	A	Sanatorio privado	N	Peritaje Judicial	J
Examen periódico	R	Transferencia de puesto de trabajo	T	Hospital público	H	Comisión médica	S
Examen de egreso	E	Obra Social	O	Consulta en amb. Púb. No hospít.	M	Prestación A.R.T.	B

FECHA DE ULTIMO EXAMEN PERIODICO: / /

FECHA DE ELABORACIÓN DE FORMULARIO

/ /

FIRMA, ACLARACION, DNI DE DENUNCIANTE	FIRMA, ACLARACION, DNI DEL ACCIDENTADO	FIRMA MEDICO/AUDITOR	FIRMA LATITUD SUR
---------------------------------------	--	----------------------	-------------------

(*) SOLTERO,CASADO, VIUDO, DIVORCIADO, SEPARADO, UNIÓN HECHO