INFORME DE ACCIDENTE DE TRABAJO

DENUNCIA Nº .....

SUP. GOBIERNO DE LA PROVINCIA DE CÓRDOBA
Rosario de Santa Fe 650 - CP 5000 - Córdoba

Nombre del Establecimiento donde ocurrió el Accidente de Trabajo: .....

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

CP: ..... Tel: ..... Código de Empresa: .....

CUIT: ..... Código Establecimiento: ..... CIIU: .....

Superior Inmediato ..... Tel: .....

DATOS DEL TRABAJADOR

Apellido y Nombre: ..... Tipo y Nº de Documento: .....

CUIL: ..... Fecha de nacimiento: ..... Sexo M ☐ F ☐

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

CP: ..... Tel: ..... Fecha de ingreso en la empresa: .....

Situación contractual: ..... Fecha último examen periódico: .....

Jornada habitual (Desde/Hasta): ..... Antiguedad: .....

Puesto de trabajo en el momento del Accidente: (C.I.U.O) .....

INFORMACIÓN SOBRE EL ACCIDENTE DE TRABAJO

En el trabajo ☐ En otro centro o lugar de trabajo ☐ Al ir o al volver del trabajo (Accidente In Itinere) ☐ Desplazamiento en el día laboral ☐ Otro ☐

ACCIDENTE DE TRABAJO

Fecha: ..... Horario de la jornada el día del Accidente: ..... Horario Accidente: .....

Fecha de inicio de la inasistencia laboral: ..... Realizaba una tarea habitual al accidentarse SI ☐ NO ☐

Descripción del Accidente y sus consecuencias (detallar lugar, medio de movilidad, recorrido, testigos, para Accidente In Itinere) .....

Agente Material Asociado (ver tabla 3) ☐☐☐☐☐

Forma del Accidente (ver tabla 5) ☐☐☐

Naturaleza de la lesión (ver tabla 6) 1 ☐☐ 2 ☐☐ 3 ☐☐

Zona del cuerpo afectada (ver tabla 4) 1 ☐☐☐ 2 ☐☐☐ 3 ☐☐☐

DATOS DEL PRESTADOR MÉDICO

Centro Asistencial: ..... Domicilio: .....

Localidad: ..... Provincia: ..... CP: ..... Tel: .....

....

Lugar y Fecha — Firma, aclaración y DNI del Denunciante

OFICINA DE ACCIDENTES DE TRABAJO Y ENFERMEDADES PROFESIONALES: Nores Martinez 2649 CP: 5016 - Córdoba
Denuncias: **0800-888-1848** - Consultas: **0800-555-0848**
(Las tablas se encuentran disponibles en la web (www.asecor.com.ar/autoseguro)