

IMPORTANTE: este formulario deberá ser completado únicamente ante casos de enfermedades profesionales y reemplaza el llenado del apartado "Datos del Accidente Laboral" del formulario de Denuncia de Accidente Laboral o Enfermedad Profesional. Importante: anticipar esta información telefónicamente al 0800-333-6888 y/o por fax al +54 011 3754-6700. Dentro de las 24hs., remitir el original a San Martín 535, 5° Piso, (C1070AAB), colocando en el sobre "Denuncia de Siniestro/ Enfermedad Profesional" - At.: Gerencia de Siniestros.

N° de Siniestro
Fecha 1° Manif. Invalidante
DATOS DEL EMPLEADOR

Razón Social:

CUIT:

DATOS DEL TRABAJADOR

Apellido y Nombre:

CUIL:

Celular:

DATOS DE LA ENFERMEDAD PROFESIONAL
Descripción general de la enfermedad
Características de la enfermedad y diagnósticos

Agente Causante de la enfermedad (1):

Tiempo de Exposición al Agente Causante:

meses

Código de Ocupación Trabajo Anterior (1):

Antigüedad en el Puesto Anterior:

meses

Fecha de Último Examen Periódico:

Situación Contractual del Trabajador:

Descripción 1° diagnóstico

Diagnóstico 1 (CIE 10)	Fecha 1° Diagnóstico		Zona del Cuerpo Afectada 1 (1)		Agente Material Asociado 1 (1)	
Origen de la Enfermedad Profesional 1	<input type="radio"/> Ex. Preocupacional	<input type="radio"/> Ex. Periódico	<input type="radio"/> Cambio Puesto de Trabajo	<input type="radio"/> Ausencia Prolongada	<input type="radio"/> Ex. Egreso	<input type="radio"/> Hospital Público
	<input type="radio"/> Prestador ART	<input type="radio"/> Obra Social	<input type="radio"/> Sanatorio Privado	<input type="radio"/> Ex. Transferencia Actividad	<input type="radio"/> Sala / CAP	<input type="radio"/> Peritaje Judicial

Descripción 2° diagnóstico

Diagnóstico 2 (CIE 10)	Fecha 2° Diagnóstico		Zona del Cuerpo Afectada 2 (1)		Agente Material Asociado 2 (1)	
Origen de la Enfermedad Profesional 2	<input type="radio"/> Ex. Preocupacional	<input type="radio"/> Ex. Periódico	<input type="radio"/> Cambio Puesto de Trabajo	<input type="radio"/> Ausencia Prolongada	<input type="radio"/> Ex. Egreso	<input type="radio"/> Hospital Público
	<input type="radio"/> Prestador ART	<input type="radio"/> Obra Social	<input type="radio"/> Sanatorio Privado	<input type="radio"/> Ex. Transferencia Actividad	<input type="radio"/> Sala / CAP	<input type="radio"/> Peritaje Judicial

Descripción 3° diagnóstico

Diagnóstico 3 (CIE 10)	Fecha 3° Diagnóstico		Zona del Cuerpo Afectada 3 (1)		Agente Material Asociado 3 (1)	
Origen de la Enfermedad Profesional 3	<input type="radio"/> Ex. Preocupacional	<input type="radio"/> Ex. Periódico	<input type="radio"/> Cambio Puesto de Trabajo	<input type="radio"/> Ausencia Prolongada	<input type="radio"/> Ex. Egreso	<input type="radio"/> Hospital Público
	<input type="radio"/> Prestador ART	<input type="radio"/> Obra Social	<input type="radio"/> Sanatorio Privado	<input type="radio"/> Ex. Transferencia Actividad	<input type="radio"/> Sala / CAP	<input type="radio"/> Peritaje Judicial

En caso de haber más de un agente causante que responda a los diagnósticos enunciados precedentemente, por favor completar el siguiente apartado:

Agente Causante de la enfermedad (1):	Tiempo de Exposición al Agente Causante:	meses
Agente Causante de la enfermedad (1):	Tiempo de Exposición al Agente Causante:	meses
Agente Causante de la enfermedad (1):	Tiempo de Exposición al Agente Causante:	meses

OBSERVACIONES

(1) Consultar las tablas de codificación en nuestra página web www.mutualruralart.org.ar

Le informamos a Ud. que ante un caso de enfermedad profesional (denunciado o detectado por esta ART), y a fines de dar cumplimiento con la documentación exigida por la Res, S.R.T. 460/08, se lo intimará a presentar dentro del término de 10 días corridos: Registros contaminantes que incluya los estudios de contaminación ambientales; constancias de capacitación al personal; listado de riesgos; examen preocupacional; listado de productos y sustancias químicas existentes en la empresa; profesiograma; evaluación de puestos de trabajo; historia clínica laboral; certificado de provisión de elementos de protección personal; dictámenes sobre tareas normales o especiales (insalubridades y cambios en la duración de la jornada laboral).

Lugar y Fecha

Fecha de Ingreso a la Aseguradora

Firma autorizada de la empresa y Aclaración