



**horizonte
seguros**

Horizonte Compañía Argentina de Seguros Generales S.A.

Casa Central: San Martín 442
Tel. (02920) 430555
Oficina Comercial: Laprida y 25 de Mayo
Tel. (02920) 429799 - 425938
Fax 0800-222-3573
E-Mail: gcomercial@horizonte.com.ar
ART: Laprida 545
Tel. (02920) 426707 - 426730
Guardia (Emergencias) 0800-333-1109
(8500) Viedma, Río Negro

FORMULARIO 1

SOLICITUD DE ATENCIÓN

DATOS A COMPLETAR POR EL EMPLEADOR

La carencia parcial o total de datos en el presente formulario no podrá demorar la atención del trabajador siniestrado

LUGAR FECHA / / HORA :

ASEGURADORA: **HORIZONTE CIA. ARG. DE SEG. GRALES S.A.** CÓDIGO: 0041-8

DATOS DEL EMPLEADOR

Razón Social CUIT-.....-.....

Domicilio

Localidad Provincia C.P. Tel.-.....-.....

PRESTADORA

Nombre

Domicilio

Localidad Provincia C.P. Tel.-.....-.....

Solicitamos brinden asistencia médica al trabajador indicado a continuación, el que:

- "ha sufrido un accidente de trabajo" ☐

(Marcar la opción que corresponda)

- "manifiesta una afección de probable etiología profesional" ☐

el día / / a las : horas, mientras prestaba sus servicios para este empleador.

DATOS DEL TRABAJADOR

Nombre y Apellido CUIL-.....-.....

DNI / LC / LE / CI Legajo

Lugar y forma en que se produjo el accidente



Firma y sello del empleador

FORMULARIO 2**DENUNCIA DE ACCIDENTE DE TRABAJO O ENFERMEDAD PROFESIONAL****DATOS A COMPLETAR POR EL EMPLEADOR****EMPLEADOR**

Nombre de la Empresa CUIT-.....-..... Contrato N° CIU
Domicilio Localidad Provincia
C.P. Tel.-..... Fax-..... E-mail@.....
Nombre del establecimiento de ocurrencia del accidente o detección de la enfermedad profesional
Código Establecimiento CIU Empresa subcontratada SI ☐ NO ☐ CUIT ocurrencia o detección-.....-.....
Domicilio Localidad Pcia. de ocurrencia o detección C.P.

DATOS DEL TRABAJADOR

Apellido y Nombre Tipo y N° de Documento
CUIL-.....-..... Nacionalidad Tel.-..... Fecha de Nacimiento/...../..... Sexo F ☐ M ☐
Domicilio Localidad Provincia C.P.
Estado civil Soltero ☐ Casado ☐ Viudo ☐ Divorciado ☐ Separado ☐ Unión de hecho ☐
Fecha de Ingreso en la Empresa/...../..... Fecha de Ingreso al Establecimiento/...../..... Turno de trabajo habitual Fijo ☐ Rotativo ☐
Jornada Habitual (Desde-Hasta)-..... Situación contractual Fecha último examen periódico/...../.....
Obra Social Código Obra Social
Puesto de trabajo en el momento del accidente o detección de Enfermedad Profesional Antigüedad
Puesto de trabajo anterior Antigüedad

INFORMACIÓN SOBRE EL SINIESTRO

☐ Enfermedad Profesional	Si el siniestro fué Múltiple (más de un trabajador en relación de dependencia dañificado en el mismo evento): a. Detalle el número de trabajadores involucrados (En número) (En letras) b. Liste los números de CUIL de cada uno de los otros involucrados en el mismo evento siniestral (Además del que esté denunciado en este formulario)-.....-.....-.....-.....-.....-.....-.....-.....-.....-.....-.....-.....-.....-.....-.....-.....-.....-.....-.....-.....-.....-.....-.....-..... (Aparte, debe completar y enviar un formulario F2 por cada CUIL aquí detallado)
☐ Accidente de trabajo	
☐ En el trabajo	
☐ En otro centro o lugar de trabajo	
☐ Al ir o volver del trabajo	
☐ Desplazamiento en día laboral	
☐ Otro	

ACCIDENTE DE TRABAJO

Fecha/...../..... Horario de la jornada del día del accidente Hora del accidente :
Fecha de inicio de la inasistencia laboral/...../..... ¿Realizaba una tarea habitual al accidentarse? SI ☐ NO ☐
Descripción del accidente y sus consecuencias

Agente Material Asociado ☐☐☐☐☐ Diagnóstico 1 ☐☐☐☐☐ 2 ☐☐☐☐☐ 3 ☐☐☐☐☐
Naturaleza de la lesión 1 ☐☐ 2 ☐☐ 3 ☐☐
Forma del accidente ☐☐☐☐☐ Zona del cuerpo afectada 1 ☐☐☐☐☐ 2 ☐☐☐☐☐ 3 ☐☐☐☐☐

ENFERMEDAD PROFESIONAL

	Descripción de la Enfermedad Profesional	Agente Material Asociado (Ver tabla)	Zona del cuerpo afectada	Tiempo de exposición agente	Fecha de diagnóstico	Forma de diagnóstico (Ver tabla)	Fecha de inicio de la inasistencia laboral
Agente Causante 1 (Ver tabla)	Diagnóstico 1						
	Diagnóstico 2						
	Diagnóstico 3						
Agente Causante 2 (Ver tabla)	Diagnóstico 1						
	Diagnóstico 2						
	Diagnóstico 3						
Agente Causante 3 (Ver tabla)	Diagnóstico 1						
	Diagnóstico 2						
	Diagnóstico 3						

LA ENFERMEDAD SE DETECTÓ (Códigos de Detección de la enfermedad)

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 Hospitalizada	N	Prestación ART	B

Centro Asistencial Domicilio
Localidad Provincia C.P. Tel.-.....
Accidente in itinere según denuncia policial N° (Adjuntar copia) Comisaría

Lugar y Fecha

Firma, aclaración y DNI del Denunciante