



Casa Central: Fitz Roy 957 (C1414CHI) Cap. Fed.
 Centro de Atención al Cliente: 4857-8441
 Fax: (011) 4857-8423
 Home Page: www.lacaja.com.ar



ASISTENCIA MEDICA

CONTINGENCIAS CUBIERTAS POR LA LEY N° 24557 Y SU REGLAMENTACION
Enviar dentro de las 48 hs. Hábiles
 Resolución N° 15/98 de la Superintendencia de Trabajo

Notifique al Centro Coordinador
0-800-8880-200 en el momento

NUMERO DE SINIESTRO
 Se lo informa el Centro Coordinador

Datos de la Empresa

Nombre o Razón Social			CUIT	
N° Contrato	Vigencia	Domicilio	CP	Loc.
Provincia	País	Tel:	Fax	

Datos del accidentado

Apellido y Nombre				Sexo (marcar)	M	F
CUIL/ DNI		Fecha de Nac.		Hijos a cargo		
Estado Civil						
Domicilio			Código Postal	Localidad		
Provincia		Tel:		Obra Social		
Fecha de Ingreso a la empresa:		Jornada de Trabajo	Hora de Entrada:	Hora de Salida:		
Turno de Trabajo	Diurno	Rotativo	Nocturno	Ocupación Habitual		
	Reparto	Capitalización	¿Posee otro empleo?	SI	NO	AFJP

Datos de Accidentado/ Enfermedad Profesional

Accidente	Enfermedad Profesional	Muerte							
Fecha de Accidente	Día	Mes	Año	Hora del Accidente	(Hora)	(Minutos)	Hora inicio de Jornada	(Hora)	(Minutos)

Clase de accidente (Marcar Opción)

<input type="checkbox"/>	En el Centro de Trabajo Habitual	<input type="checkbox"/>	Desplazamiento en Jornada Laboral
<input type="checkbox"/>	In Itinere (Trayecto entre el Trabajo y Domicilio)	<input type="checkbox"/>	En otro Centro o Lugar de Trabajo

Si el accidente es in itinere o desplazamiento en jornada laboral, **adjunte copia de Denuncia Policial / Exposición Civil**

Lugar de ocurrencia (Dirección)		CP:	Localidad
Domicilio del Establecimiento			
Denuncia Policial N°		Comisaría	
Descripción del accidente (Breve explicación)			
¿Hubo testigos del hecho?			

[Codificación de los Datos del Siniestro \(ver archivo adjunto\)](#)

Codificación de los datos del Siniestros

Forma de accidente Zona de Cuerpo Afectada Naturaleza de la lesión Agente Causante

Prestador o Centro Médico que efectuó la atención inmediata

Nombre		Domicilio		
Localidad		C.P.		
Provincia		País		Tel:
Grado de Lesión Presunta	Leve	Grave	Muerte	

Se deberá señalar **Grave** solo en los casos de internación

Firma Autorizada Aclaración Día/ Mes/ Año