

Informe de Accidente de Trabajo o Enfermedad Profesional / Denuncia

QBE SEGUROS
LA BUENOS AIRES

Denuncia

Empleador

Nombre de la Empresa: Oil Addper Service sel CUIT: 30 70858254 5
Contrato Nro.: 271321 CIU: 832421
Domicilio: Av. Conquistadores del Desierto Localidad: Neuquen
Provincia: Neuquen C.P.: 8300 Tel.: 0277 4009312
Fax: Email: mcop.doo@grupopos.com.ar
Nombre del Establecimiento de ocurrencia del accidente o detección de la enfermedad profesional: Base operativa Neuquen
Código Establecimiento: - CIU: 832421 Empresa subcontratada: ☒ NO ☐ SI
CUIT ocurrencia o detección: 30-70858254-5 Domicilio: Av. Conquistadores del Desierto
Localidad: Neuquen Provincia: Neuquen C.P.: 8300

Datos del Trabajador

Apellido y Nombre: Fuensalida Tigris Ampol Tipo y Nro. de Documento: 27531209
CUIL: 20-27531209-7 Nacionalidad: Argentina
Fecha de Nacimiento: 27/08/79 Sexo: ☐ F ☒ M Estado Civil: ☐ Soltero ☒ Casado ☐ Viudo ☐ Divorciado ☐ Separado ☐ Unión de Hecho
Domicilio: Calle 3 15° 7 de Mayo Localidad: Neuquen
Provincia: Neuquen C.P.: 8300 Tel.: -
Fecha de Ing. en la Empresa: 01/09/11 Fecha de Ing. al Establecimiento: 01/09/11 Turno de Trabajo habitual: ☒ Fijo ☐ Rotativo
Jornada habitual: desde 08:00 hasta 18:00 Situación contractual: efectivo Fecha último examen periódico: 10/06/14
Obra Social: -
Puesto de trabajo en el momento del accidente o detección de Enfermedad Profesional: oficial aban Antigüedad: 3 años
Puesto de trabajo anterior: - Antigüedad: -

Información sobre el Siniestro

Accidente de Trabajo ☒ Enfermedad Profesional ☐
☒ En el trabajo ☐ En otro centro o lugar de trabajo ☐ Al ir o al volver del trabajo ☐ Desplazamiento en día laboral ☐ Otro

Accidente de Trabajo

Fecha: 25/08/14 Horario de la jornada el día del accidente: 08 a 18:00 Hora del accidente: 14:30

Fecha de inicio de la inasistencia laboral: - ¿Realizaba una tarea habitual al accidentarse?: ☐ SI ☒ NO

Descripción del Accidente y sus consecuencias: Al intentar desprender un cono opresionado, el mismo sale y golpea pie izquierdo (empeine)

Accidente de Trabajo

Agente Material Asociado		Diagnóstico	1		2	3
		Naturaleza de la lesión	1	007	2	3
Forma del Accidente	00304	Zona del Cuerpo Afectada	1	0045	2	3

Enfermedad Profesional

	Agente Causante (Ver Tablas)	Agente Mat. Asociado	Tiempo de Exposición al Agente	Diag. de la EP	Fecha de Diagnóstico	Zona del Cuerpo Afectada	Código de Examen
Ag. Causante 1				Diag. 1			
				Diag. 2			
				Diag. 3			
Ag. Causante 2				Diag. 1			
				Diag. 2			
				Diag. 3			
Ag. Causante 3				Diag. 1			
				Diag. 2			
				Diag. 3			

La enfermedad se detectó en (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 Ámb. Púb. no Hospit.	M	Prestación ART	B

Centro Asistencial:

Domicilio:

Localidad:

Provincia:

C.P.:

Tel.:

Accidente in itinere:

Denuncia policial Nro.:

(Adjuntar Copia) Comisaría:

25 de Agosto, Neuquen
Lugar y Fecha

Firma, Aclaración y DNI del Denunciante

Cortar por la línea punteada y remitir al presente formulario de "DENUNCIA" vía fax al (011) 4324-6767 ml. 6001 o 0800-666-3355 ml. 6001, o bien vía correo a Av. Libertador 6350 (C1428ART), Buenos Aires, Argentina.
SN 130_Versión 07/2013. LAS TABLAS MENCIONADAS ESTÁN DISPONIBLES EN LA WEB