

Informe de Accidente de Trabajo o Enfermedad Profesional / Denuncia

QBE SEGUROS
LA BUENOS AIRES

Denuncia

Empleador

Nombre de la Empresa: **OIL ADDRESS SERVICE SRL** CUIT: **30-708582545**
 Contrato Nro.: **271321** CIU: **832421**
 Domicilio: **Av. Conquistadores del Azulejo** Localidad: **Neuquen**
 Provincia: **Neuquen** C.P.: **8300** Tel.: **4413593 (0299)**
 Fax: **---** Email: **mcgredo@gripcoos.com.ar**
 Nombre del Establecimiento de ocurrencia del accidente o detección de la enfermedad profesional: **Ruta 151**
 Código Establecimiento: **---** CIU: **832421** Empresa subcontratada: ☒ NO ☐ SI
 CUIT ocurrencia o detección: **30-708582545** Domicilio: **Ruta 151 km 136**
 Localidad: **Cahiel** Provincia: **Mendoza** C.P.: **2307**

Datos del Trabajador

Apellido y Nombre: **Rojas Octavio** Tipo y Nro. de Documento: **DNI: 25074008**
 CUIL: **20-25074008-6** Nacionalidad: **Argentino**
 Fecha de Nacimiento: **14/11/75** Sexo: ☐ F ☒ M Estado Civil: ☒ Soltero ☐ Casado ☐ Viudo ☐ Divorciado ☐ Separado ☐ Unión de Hecho
 Domicilio: **Teken 94** Localidad: **25 de Mayo**
 Provincia: **La Pampa** C.P.: **8201** Tel.: **0299155921837**
 Fecha de Ing. en la Empresa: **09/11/06** Fecha de Ing. al Establecimiento: **09/11/06** Turno de Trabajo habitual: ☐ Fijo ☒ Rotativo
 Jornada habitual: desde **08:00** hasta **20:00** Situación contractual: **Efectivo** Fecha último examen periódico: **12/02/14**
 Obra Social: **OSPREPI**
 Puesto de trabajo en el momento del accidente o detección de Enfermedad Profesional: **Chefer de cuerpos lig** Antigüedad: **8 años**
 Puesto de trabajo anterior: **---** Antigüedad: **8 años**

Información sobre el Siniestro

☐ 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 ☒ Enfermedad Profesional ☐

Fecha: **07/04/15** Horario de la jornada el día del accidente: **20:00 a 08:00** Hora del accidente: **21:15**

Fecha de inicio de la inasistencia laboral: **08/04/15** ¿Realizaba una tarea habitual al accidentarse?: ☒ SI ☐ NO

Descripción del Accidente y sus consecuencias: **Se desplaza en camión de C.L. por ruta 151 y en km 136 se encuentra con ciclista (aparentemente iba sobre cinta asfáltica y sin señalización) y atropella causando la muerte**

Accidente de Trabajo

Agente Material Asociado	20001	Diagnóstico	1		2		3	
		Naturaleza de la lesión	1	28	2		3	
Forma del Accidente	999	Zona del Cuerpo Afectada	1		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 Amb. Púb. no Hospit.	M	Prestación ART	B

Centro Asistencial:

Domicilio: _____ Localidad: _____

Provincia: _____ C.P.: _____ Tel.: _____

Accidente en itinere: _____ Denuncia policial Nro.: _____

(Adjuntar Copia) Comisaría: _____

Neuquen, 15 de Abril 2015

Lugar y Fecha

M. Constanza Gordo
Lic. en H&S
INE 1402-Grupo OAS

Firma, Aclaración y Sello Profesional