

ANEXO I - INCAPACIDAD

Datos del trabajador

Nombre y Apellido

CUIL

Asistencia Letrada (Procedimientos Res. SRT N° 298/17)

Nombre y Apellido

CUIT/Domicilio electrónico

Matrícula - Jurisdicción

Datos del Empleador

Nombre/Razón Social

CUIT

Establecimiento del lugar de efectiva prestación de servicios o donde habitualmente reporta

Localidad

Provincia

DATOS DE LA ART, EMPLEADOR AUTOASEGURADO O EMPLEADOR NO ASEGURADO

Denominación/Razón Social

CUIT (En caso de empleadores)

Datos de la contingencia

Tipo de contingencia

☐ Accidente de trabajo

☐ Accidente in itinere

☐ Enfermedad Profesional

Fecha de la denuncia:

Fecha de baja laboral (en caso de corresponder):

Fecha de ocurrencia o diagnóstico:

Detallá el accidente de trabajo o la enfermedad profesional:

Detallá la o las afecciones o diagnósticos derivados de la contingencia:

Atención médica	
1. ¿Recibiste atención de la ART?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
2. ¿Recibiste el alta médica de la aseguradora?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
3. ¿Recibiste atención médica de la Obra Social, Prepaga o Salud Pública?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
4. ¿Realizaste algún estudio médico en la Obra Social, Prepaga o Salud Pública?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

Detallá la prueba médica ofrecida tendiente a acreditar la incapacidad (Historia Clínica; Estudios Diagnósticos; Interconsultas con especialista; etc.):

Las partes deberán ofrecer, en su primera presentación, toda la prueba de la que intenten valerse acompañando en esa oportunidad la documental pertinente. Cuando la parte trabajadora invocare haber recibido tratamiento médico a través de su Obra Social o de prestadores públicos o particulares, deberá acompañar la historia clínica correspondiente. (art. 7° Res. SRT N° 298/17; punto 19 del Anexo I de la Resolución SRT 179/15; art. 14, Ley N° 26.529)*

Preexistencias (opcional)	
1. ¿Te han otorgado incapacidad por otro siniestro por vía administrativa o judicial?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
En caso de Sí:	
Tipo de Contingencia	<input type="checkbox"/> Accidente de trabajo
	<input type="checkbox"/> Accidente in itinere
	<input type="checkbox"/> Enfermedad Profesional
Porcentaje de incapacidad	
Región del cuerpo afectada	

Detallá y acompañá la prueba judicial (PMO, sentencias judiciales u homologatorias, datos de causa -radicación, N° de expediente-).

Opción de competencia

Solicito la intervención de la Comisión Médica	N°	Jurisdicción
Fundamento (Acompañar DNI, Certificado Res. SRT N° 698/17 o DDJJ Res. SRT N° 11/18, según corresponda)	<input type="checkbox"/> Domicilio	
	<input type="checkbox"/> Domicilio de efectiva prestación de servicios	
	<input type="checkbox"/> Domicilio donde habitualmente reporta	
La persona firmante declara que la información consignada es verídica y completa.		
Firma Trabajador	Aclaración	
Firma Letrado Patrocinante. (En caso de corresponder)	Aclaración	

Fecha:

Aclaración: En caso de que los espacios no resulten suficientes, incorpore una hoja aparte debidamente firmada con la información adicional.