

**FORMULARIO 1  
SOLICITUD DE ATENCION**

**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. CODIGO: 0041-8

Datos del Empleador

Razón Social: ..... CUIT: ..... - ..... - .....

Domicilio: .....

Localidad: ..... Pcia: ..... CP: ..... Tel: .....

PRESTADORA

Domicilio: .....

Localidad: ..... Pcia: ..... CP: ..... Tel: .....

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

- *“ha sufrido un accidente de Trabajo”*  (\*)

- *“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 la lesión: .....

.....

.....

(\*) Marcar lo que corresponda

Instructivo al dorso

## INSTRUCTIVO FORMULARIO 1

**OBJETIVO:** Registrar el pedido del empleador de la atención inmediata del damnificado por parte del prestador.

**EMISION:** Estará a cargo del empleador afiliado a la Aseguradora (o Empresa Autoasegurada, de corresponder).

**PROCEDIMIENTO:**

**Lugar:** ubicación del establecimiento donde se confecciona el presente formulario.

**Fecha:** día, mes y año en que se solicita la atención.

**Hora:** hora de la solicitud.

**Aseguradora/ Autoasegurada:** nombre de la Aseguradora de Riesgos del Trabajo Autoasegurada  
**CODIGO N°:** número de código otorgado por la Superintendencia de Riesgos del Trabajo a la Aseguradora/Autoasegurada.

**Razón Social:** consignar la razón Social del empleador del damnificado.

**CUIT:** consignar el CUIT del empleador.

**Domicilio, Localidad, Provincia y CP:** ubicación de la Razón Social (empleador).

**Tel:** teléfono del empleador.

**Prestador:** nombre del Prestador contratado por la Aseguradora/Autoasegurada, al que se deriva al trabajador.

**Domicilio, Localidad, Provincia, CP y Tel:** datos del Prestador.

**"Ha sufrido un accidente":** marcar si corresponde.

**"Manifiesta una lesión de probable etiología profesional":** marcar si corresponde.

**Día ..... / ..... / .....**: Día, mes y año en que ocurrió el accidente o el damnificado manifestó su afección.

**Las ..... horas:** hora de sucedido el accidente.

**Nombre y apellido:** datos de filiación del trabajador damnificado.

**CUIL:** CUIL del damnificado.

**DNI - LC - LE - CI:** número de documento de identidad del trabajador.

**Legajo:** consignar N° de Legajo del damnificado.

**Lugar y forma en que se produjo la lesión:** mencionar dónde ocurrió el accidente (sección, dirección del establecimiento donde ocurrió, en caso de haber sucedido en otro distinto al del empleador) y una breve descripción de lo ocurrido.

**Firma y sello:** del empleador o persona autorizada.