

Formulario para ser presentado ante un prestador de la red de GALENO ART.

La carencia parcial o total de datos en el presente formulario no podrá demorar la atención del trabajador siniestrado.

Los datos deben ser completados por el Empleador.

Le recordamos que para emergencias médicas, realizar la denuncia telefónica del accidente / enfermedad, obtener el N° de siniestro y efectuar solicitudes de traslados, deberá contactarse con el Centro Operativo Médico (C.O.M.), al 0-800-333-1400. La línea se encuentra disponible para Ud. las 24 hs. del día, los 365 días del año.

N° de Siniestro

Lugar Fecha hora

IDENTIFICACION DE LA ASEGURADORA

Denominación **GALENO ASEGURADORA DE RIESGOS DE TRABAJO S.A.** Código ART **0027-2**

DATOS DEL TRABAJADOR

Apellidos y Nombres C.U.I.L. n°

Documento DNI LE LC CI Legajo n°

Domicilio Calle n° Piso/ Dto.

Cód Postal Arg Teléfono (ddn - n°)

Celular para SMS 0 15 Personal Movistar Claro Nextel

Localidad Provincia

EJEMPLO: 0-11-15-5448-6898

DATOS DEL EMPLEADOR

Razón Social C.U.I.T. n°

Domicilio Calle n° Piso/ Dto.

Teléfono (ddn - n°) Cód Postal Arg

Localidad Provincia Nro. Contrato

DATOS DEL ESTABLECIMIENTO

Domicilio Calle n° Piso/ Dto.

Teléfono (ddn - n°) Cód Postal Arg

Localidad Provincia

DATOS DEL PRESTADOR

Nombre Establecimiento Asistencial

Domicilio Calle n° Piso/ Dto.

Teléfono (ddn - n°) Fax (ddn - n°)

Cód Postal Arg Localidad Provincia

Solicitamos brinde asistencia al trabajador indicado más arriba, el que:

Ha sufrido un accidente de trabajo (*) Manifiesta una afección de probable origen profesional (*)

El día a las hs. Mientras prestaba servicios para este Empleador

Lugar y forma en que se produjo la lesión

.....

.....

.....

.....

.....

.....

FIRMA Y SELLO DEL EMPLEADOR

firma