

Solicitud de Atención



ARTN°039-6-CUIT30-68627333-0

EMPLEADOR

N° Exp.

Razón Social

N° de Póliza

CUIT

Domicilio

Solicitamos brinden asistencia médica al trabajador indicado a continuación, el cual ha sufrido un accidente el día

a las horas mientras prestaba sus servicios para este empleador.

TRABAJADOR

Apellido y nombre

CUIL

Doc. Tipo y N°

Puesto de trabajo al momento del siniestro

ACCIDENTE

Lugar donde se produjo el accidente

Domicilio

CP

Localidad

Provincia

País

Forma en que se produjo

Agente causante

Firma y sello del empleador

PRESTADOR

