



BANCO DE SEGUROS DEL ESTADO

Seguro de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales

Denuncia de Accidente Interior

Debe ser presentada por el Patrono dentro de las 72 horas en Montevideo o 5 días en el Interior del País. Ley 16.074.

El Asegurado se responsabiliza totalmente de los datos consignados en ésta, así como de que firma o impresión dígito pulgar estampada pertenece al operario accidentado.

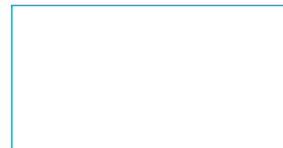
Debe aportarse fotocopia de cédula de identidad del operario.

Siniestro N°

H. Clínica

Suc./Ag.

Reap. de Siniestro



SELLO DE ENTRADA

DATOS DE LA EMPRESA

Razón Social

Giro

Empresa Unipersonal

Sí No

Carpeta N°

Póliza N°

N° Empresa constructora

Nombre de Fantasía

RUC

N° caja rural

Aporta en

N° registro de obra

Domicilio de la Empresa

Dirección

Teléfono

Celular

Fax

E-mail

Localidad

Departamento

DATOS DE RELACIÓN DEL OPERARIO CON LA EMPRESA

Categoría

Primer ingreso

Último egreso

Último ingreso

Horario de trabajo del día del accidente

Horario horas extras

DETALLE DEL ACCIDENTE

Dónde ocurrió el accidente

Dirección

Teléfono

Localidad

Departamento

Fecha del accidente

hora

Último día trabajado

hora

Detallar cómo fue que ocurrió el accidente

Detallar lesiones que se produjo y/o partes del cuerpo afectadas

Primeros auxilios prestados por

Mutualista a la que está afiliado

Nombre del encargado de vigilar los trabajos

Teléfono

Testigos presenciales

1° Apellidos

Nombres

Domicilio

Teléfono

2° Apellidos

Nombres

Domicilio

Teléfono

DATOS DEL ACCIDENTADO

1er. Apellido

2do. Apellido

1er. Nombre

2do. Nombre

C.I.

Fecha de nacimiento

Edad

Estado civil

Soltero/a

Casado/a

Divorciado/a

Viudo/a

Concubino/a

Domicilio del accidentado

Dirección

Teléfono

Localidad

Departamento

DIAGNÓSTICO MÉDICO

Fecha

Firma del Operario

Firma por la Empresa

Aclaración de firma

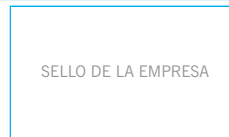
C.I.

DE USO INTERNO

1ra. cura

Control denuncia

Observaciones



Sanatorio Mercedes 1004 - Tel.: 901 4871/75
Emergencia Julio Herrera y Obes 1426
Fax 903 01 09

Siniestro N° _____
H. Clínica _____

DATOS PARA LA LIQUIDACIÓN (marque lo que corresponda)

Mensual Sueldo nominal \$ _____
 Zafra _____
 Destajista _____
 Jornalero Jornal horario: \$ _____
 Jornalero Jornal horario: \$ _____
 Changador _____

Nota

Detallar a continuación **discriminando** por conceptos (sueldo, jornal, horas extras, viáticos, horario nocturno, antigüedad, comida, pasajes, etc.), los haberes percibidos por el operario accidentado en el período de 6 meses anteriores al accidente, excepto en el caso de los *Zafrales* cuya información debe proporcionarse por un año. En el caso que el operario accidentado no tenga antigüedad, debe informarse los haberes **discriminados** de los obreros similares en el mismo período, sueldos y horas extras en pesos.

Donde debe señalar "Horas/Días" deberá indicar la cantidad de horas y días trabajados en el mes por el obrero y tachar lo que no corresponda.

Mes/Año	Horas	Días	\$ sueldos	\$ h. extras	\$	\$	\$	\$	Total \$
Enero /									
Febrero /									
Marzo /									
Abril /									
Mayo /									
Junio /									
Julio /									
Agosto /									
Setiembre /									
Octubre /									
Noviembre /									
Diciembre /									

Firma por la Empresa _____
 Aclaración de firma _____ C.I. _____



DE USO INTERNO

Días	Mes	Año	Días	Importes	Liquid.	Ctble.	Fecha	
								Jornal indemnizable \$
								desde
								firma control
								autorizado padrón
								Jornal indemnizable \$
								desde
								firma control
								autorizado padrón
								Observaciones:





BANCO DE SEGUROS DEL ESTADO

Seguro de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales

Denuncia de Accidente

Debe ser presentada por el Patrono dentro de las 72 horas en Montevideo o 5 días en el Interior del País. Ley 16.074.

El Asegurado se responsabiliza totalmente de los datos consignados en ésta, así como de que firma o impresión dígito pulgar estampada pertenece al operario accidentado.

Debe aportarse fotocopia de cédula de identidad del operario.

Siniestro N°

H. Clínica

Suc./Ag.

Reap. de Siniestro

SELLO DE ENTRADA

DATOS DE LA EMPRESA

Razón Social

Giro

Empresa Unipersonal Sí No

Carpeta N° Póliza N°

N° Empresa constructora

Nombre de Fantasía

RUC

N° caja rural Aporta en

N° registro de obra

Domicilio de la Empresa Dirección

Teléfono

Celular

Fax

E-mail

Localidad

Departamento

DATOS DE RELACIÓN DEL OPERARIO CON LA EMPRESA

Categoría Primer ingreso Último egreso Último ingreso

Horario de trabajo del día del accidente Horario horas extras

DETALLE DEL ACCIDENTE

Dónde ocurrió el accidente Dirección

Teléfono

Localidad

Departamento

Fecha del accidente hora Último día trabajado hora

Detallar cómo fue que ocurrió el accidente

Detallar lesiones que se produjo y/o partes del cuerpo afectadas

Primeros auxilios prestados por Mutualista a la que está afiliado

Nombre del encargado de vigilar los trabajos Teléfono

Testigos presenciales

1° Apellidos Nombres

Domicilio Teléfono

2° Apellidos Nombres

Domicilio Teléfono

DATOS DEL ACCIDENTADO

1er. Apellido 2do. Apellido

1er. Nombre 2do. Nombre

C.I. Fecha de nacimiento Edad

Estado civil Soltero/a Casado/a Divorciado/a Viudo/a Concubino/a

Domicilio del accidentado Dirección

Teléfono

Localidad

Departamento

DIAGNÓSTICO MÉDICO

Fecha

Firma del Operario

Firma por la Empresa

Aclaración de firma

C.I.

DE USO INTERNO

1ra. cura Control denuncia

Observaciones

SELLO DE LA EMPRESA



BANCO DE SEGUROS DEL ESTADO

Seguro de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales

Denuncia de Accidente

Debe ser presentada por el Patrono dentro de las 72 horas en Montevideo o 5 días en el Interior del País. Ley 16.074.

El Asegurado se responsabiliza totalmente de los datos consignados en ésta, así como de que firma o impresión dígito pulgar estampada pertenece al operario accidentado.

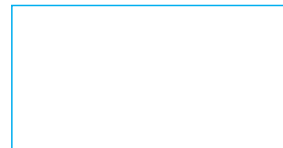
Debe aportarse fotocopia de cédula de identidad del operario.

Siniestro N°

H. Clínica

Suc./Ag.

Reap. de Siniestro



SELLO DE ENTRADA

DATOS DE LA EMPRESA

Razón Social

Giro

Empresa Unipersonal Sí No

Carpeta N° Póliza N°

N° Empresa constructora

Nombre de Fantasía

RUC

N° caja rural Aporta en

N° registro de obra

Domicilio de la Empresa Dirección

Teléfono

Celular

Fax

E-mail

Localidad

Departamento

DATOS DE RELACIÓN DEL OPERARIO CON LA EMPRESA

Categoría Primer ingreso Último egreso Último ingreso

Horario de trabajo del día del accidente Horario horas extras

DETALLE DEL ACCIDENTE

Dónde ocurrió el accidente Dirección

Teléfono

Localidad

Departamento

Fecha del accidente hora Último día trabajado hora

Detallar cómo fue que ocurrió el accidente

Detallar lesiones que se produjo y/o partes del cuerpo afectadas

Primeros auxilios prestados por Mutualista a la que está afiliado

Nombre del encargado de vigilar los trabajos Teléfono

Testigos presenciales

1° Apellidos Nombres

Domicilio Teléfono

2° Apellidos Nombres

Domicilio Teléfono

DATOS DEL ACCIDENTADO

1er. Apellido 2do. Apellido

1er. Nombre 2do. Nombre

C.I. Fecha de nacimiento Edad

Estado civil Soltero/a Casado/a Divorciado/a Viudo/a Concubino/a

Domicilio del accidentado Dirección

Teléfono

Localidad

Departamento

DIAGNÓSTICO MÉDICO

Fecha

Firma del Operario

Firma por la Empresa

Aclaración de firma

C.I.

SELLO DE LA EMPRESA

DE USO INTERNO

1ra. cura Control denuncia

Observaciones



BANCO DE SEGUROS DEL ESTADO

Seguro de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales

Denuncia de Accidente

Debe ser presentada por el Patrono dentro de las 72 horas en Montevideo o 5 días en el Interior del País. Ley 16.074.

El Asegurado se responsabiliza totalmente de los datos consignados en ésta, así como de que firma o impresión dígito pulgar estampada pertenece al operario accidentado.

Debe aportarse fotocopia de cédula de identidad del operario.

Siniestro N°

H. Clínica

Suc./Ag.

Reap. de Siniestro

SELLO DE ENTRADA

DATOS DE LA EMPRESA

Razón Social

Giro

Empresa Unipersonal Sí No

Carpeta N° Póliza N°

N° Empresa constructora

Nombre de Fantasía

RUC

N° caja rural Aporta en

N° registro de obra

Domicilio de la Empresa Dirección

Teléfono

Celular

Fax

E-mail

Localidad

Departamento

DATOS DE RELACIÓN DEL OPERARIO CON LA EMPRESA

Categoría Primer ingreso Último egreso Último ingreso

Horario de trabajo del día del accidente Horario horas extras

DETALLE DEL ACCIDENTE

Dónde ocurrió el accidente Dirección

Teléfono

Localidad

Departamento

Fecha del accidente hora Último día trabajado hora

Detallar cómo fue que ocurrió el accidente

Detallar lesiones que se produjo y/o partes del cuerpo afectadas

Primeros auxilios prestados por Mutualista a la que está afiliado

Nombre del encargado de vigilar los trabajos Teléfono

Testigos presenciales

1° Apellidos Nombres

Domicilio Teléfono

2° Apellidos Nombres

Domicilio Teléfono

DATOS DEL ACCIDENTADO

1er. Apellido 2do. Apellido

1er. Nombre 2do. Nombre

C.I. Fecha de nacimiento Edad

Estado civil Soltero/a Casado/a Divorciado/a Viudo/a Concubino/a

Domicilio del accidentado Dirección

Teléfono

Localidad

Departamento

DIAGNÓSTICO MÉDICO

Fecha

Firma del Operario

Firma por la Empresa

Aclaración de firma

C.I.

DE USO INTERNO

1ra. cura Control denuncia

Observaciones

SELLO DE LA EMPRESA



BANCO DE SEGUROS DEL ESTADO

Seguro de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales

Denuncia de Accidente

Debe ser presentada por el Patrono dentro de las 72 horas en Montevideo o 5 días en el Interior del País. Ley 16.074.

El Asegurado se responsabiliza totalmente de los datos consignados en ésta, así como de que firma o impresión dígito pulgar estampada pertenece al operario accidentado.

Debe aportarse fotocopia de cédula de identidad del operario.

Siniestro N°

H. Clínica

Suc./Ag.

Reap. de Siniestro

SELLO DE ENTRADA

DATOS DE LA EMPRESA

Razón Social

Giro

Empresa Unipersonal Sí No

Carpeta N° Póliza N°

N° Empresa constructora

Nombre de Fantasía

RUC

N° caja rural Aporta en

N° registro de obra

Domicilio de la Empresa Dirección

Teléfono

Celular

Fax

E-mail

Localidad

Departamento

DATOS DE RELACIÓN DEL OPERARIO CON LA EMPRESA

Categoría Primer ingreso Último egreso Último ingreso

Horario de trabajo del día del accidente Horario horas extras

DETALLE DEL ACCIDENTE

Dónde ocurrió el accidente Dirección

Teléfono

Localidad

Departamento

Fecha del accidente hora

Último día trabajado hora

Detallar cómo fue que ocurrió el accidente

Detallar lesiones que se produjo y/o partes del cuerpo afectadas

Primeros auxilios prestados por Mutualista a la que está afiliado

Nombre del encargado de vigilar los trabajos Teléfono

Testigos presenciales

1° Apellidos Nombres

Domicilio Teléfono

2° Apellidos Nombres

Domicilio Teléfono

DATOS DEL ACCIDENTADO

1er. Apellido 2do. Apellido

1er. Nombre 2do. Nombre

C.I. Fecha de nacimiento Edad

Estado civil Soltero/a Casado/a Divorciado/a Viudo/a Concubino/a

Domicilio del accidentado Dirección

Teléfono

Localidad

Departamento

DIAGNÓSTICO MÉDICO

Fecha

Firma del Operario

Firma por la Empresa

Aclaración de firma

C.I.

DE USO INTERNO

1ra. cura Control denuncia

Observaciones

SELLO DE LA EMPRESA