

## 1. Datos del Empleador

Razón Social \_\_\_\_\_

C.U.I.T. \_\_\_\_\_

Póliza \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

## 2. Datos del Trabajador

Apellido y Nombre \_\_\_\_\_

C.U.I.L. \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Localidad \_\_\_\_\_

Cód. Postal \_\_\_\_\_

Provincia \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

Modalidad Relación Laboral \_\_\_\_\_

## 3. Datos del Sinistro

Sinistro N° \_\_\_\_\_

Fecha del Accidente \_\_\_\_\_

Fecha de Alta \_\_\_\_\_

Reintegro desde \_\_\_\_\_

Reintegro hasta\* \_\_\_\_\_

Días de Baja \_\_\_\_\_

Días a cargo de la A.R.T. \_\_\_\_\_

Fecha de ingreso a la empresa \_\_\_\_\_

\* Puede ser la fecha de alta médica o último día del mes de corresponder.

## 4. Detalle de las remuneraciones anteriores a la fecha del accidente

	Año	Mes	Importe	Días
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
a) SAC Proporcional				
b) Totales				
c) Ingreso Base Diario (total importe/total días)				
d) Ingreso Base Mensual (c x 30,4)				

## 6. Cálculo de la Prestación Dineraria

**A)** Para los meses completos de baja laboral

Cant. Meses    Ing. Base Mensual    **Total (A)**  
 \_\_\_\_\_ x \$ \_\_\_\_\_ = \$ \_\_\_\_\_

**B)** Para los meses de baja laboral donde además hubo días trabajados

Cant. Días    Ing. Base Diario    **Total (B)**  
 \_\_\_\_\_ x \$ \_\_\_\_\_ = \$ \_\_\_\_\_

**Total Prestación Bruta**    **(A + B)**  
 \_\_\_\_\_ (1) \$ \_\_\_\_\_

## 5. Contribuciones Patronales

Porcentaje de Reducción

Jubilación	Asig. Familiares	Fondo Nac. de Empleo	INSSJP	Obra Social
<input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/>

**Total Contribuciones**    %    **(2)** \$ \_\_\_\_\_

**Total**    **(1) + (2)**    \$ \_\_\_\_\_

1) Complete todos los datos de este formulario  
 2) Envíelo por fax al (011) 4857-8423, o bien  
 3) Envíelo por correo a La Caja ART - At: Prestaciones ART  
 Fitz Roy 957 (C1414CH) Capital Federal - Argentina

## 7. Asignaciones Familiares

Concepto	Monto
Asignación Prenatal	
Asignación por Hijo	
Asignación por Hijo con discapacidad	
Asignación Ayuda escolar anual	
Asignación por Maternidad	
Asignación por Nacimiento	
Asignación por Adopción	
Asignación por Matrimonio	
Otras	
Total	

## Compensa Asignaciones Familiares abonadas al trabajador con D.G.I.

Si  No

**DECLARAMOS BAJO JURAMENTO QUE LA TOTALIDAD DE LOS DATOS SURGEN DE LOS REGISTROS RUBRICADOS DE ESTA EMPRESA, Y QUE NUESTRO EMPLEADO HA PERCIBIDO LA PRESTACIÓN DINERARIA POR INCAPACIDAD LABORAL TEMPORARIA DURANTE EL PERIODO DE BAJA LABORAL.**

## Firma del Empleador o Apoderado

Nombre y Apellido

Tipo y N° de Documento

Cargo

Lugar y Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma y Sello Empleador / Apoderado / Autorizado