

OFICINA PRINCIPAL

Av. 28 de Julio 873, Miraflores, Lima, Perú
 t(511) 213 7373, f(511) 213 9143
 sctrsalud@mapfreperu.com
 www.mapfreperu.com

Formato N° 2**denuncia de accidentes de trabajo o enfermedad profesional****DATOS DE LA EMPRESA**

RAZÓN SOCIAL	RUC	Nº CONTRATO
DIRECCIÓN	DPTO. / LT. / INT.	DEPARTAMENTO
PROVINCIA	C. POSTAL	ACTIVIDAD
		TELÉFONO

DATOS PERSONALES DEL ACCIDENTADO

APELLIDOS	NOMBRES	SEXO	M <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>
ESTADO CIVIL	S <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/>	V <input type="checkbox"/>	D <input type="checkbox"/>
FECHA DE NAC.	NACIONALIDAD	DNI / LE	<input type="checkbox"/>	CE <input type="checkbox"/>
				Nº
DIRECCIÓN	DPTO. / LT. / INT.	DEPARTAMENTO		
PROVINCIA	C. POSTAL	ACTIVIDAD		TELÉFONO

DATOS LABORALES DEL ACCIDENTADO

RELACIÓN LABORAL	PUESTO QUE OCUPA					
FECHA DE INGRESO A LA EMPRESA	ANTIGÜEDAD EN EL PUESTO					
TURNO HABITUAL	FIJO DIURNO <input type="checkbox"/>	FIJO NOCTURNO <input type="checkbox"/>	ROTATIVO <input type="checkbox"/>	HORARIO HABITUAL	DESDE	HASTA
INCAPACIDADES PREEXISTENTES	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	GRADO (%)			

DATOS DEL ACCIDENTE

FECHA	HORA	INICIO DE JORNADA	FIN DE JORNADA		
DIRECCIÓN DEL CENTRO DE TRABAJO	LUGAR / SECTOR DE OCURRENCIA				
REALIZA TRABAJO HABITUAL	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	CAUSÓ BAJA MÉDICA	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
DESCRIPCIÓN DE LA TAREA AL MOMENTO DEL ACCIDENTE					
DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE					

MARCAR LAS PARTES DEL CUERPO AFECTADAS

A. FORMA DEL ACCIDENTE (LEER REVERSO TABLA A PARA INDICAR EL Nº)	Nº	
B. PARTE DEL CUERPO LESIONADA (LEER REVERSO TABLA B PARA INDICAR EL Nº)	Nº	
C. NATURALEZA (LEER REVERSO TABLA C PARA INDICAR EL Nº)	Nº	
D. AGENTE CAUSANTE (LEER REVERSO TABLA D PARA INDICAR EL Nº)	Nº	

CENTRO ASISTENCIAL QUE EFECTUA LA ATENCIÓN INMEDIATA

NOMBRE DEL CENTRO ASISTENCIAL							
DIRECCIÓN	TELÉFONO						
NOMBRE DEL MÉDICO TRATANTE							
GRADO DE LESIÓN PRESUNTA	LEVE <input type="checkbox"/>	MODERADA <input type="checkbox"/>	GRAVE <input type="checkbox"/>	MUERTE <input type="checkbox"/>	TIPO DE ASISTENCIA	HOŞP. <input type="checkbox"/>	AMB. <input type="checkbox"/>

Este formato de denuncia es complementario al Formato Nº1 de solicitud de atención médica por accidente de trabajo. Deberá ser firmado por el representante legal de la empresa y enviado vía fax, correo electrónico o vía web, dentro de las 24 horas de ocurrido el accidente, según art. 17.2 del DS.003-98-SA.

DE

DE 20

FIRMA Y SELLO DE LA EMPRESA

TABLA A: FORMA DEL ACCIDENTE

101. Caída de personas a nivel	113. Aprisionamiento por un obj. inmóvil y otro móvil	125. Contacto con calor
102. Caída de personas de altura	114. Esfuerzos físicos excesivos o falsos movimientos	126. Exposición o implosión
103. Caída de personas al agua	115. Exposición al frío	127. Incendio
104. Caída de objetos	116. Exposición al calor	128. Atropellamiento por animales
105. Derrumbes (masa de tierra, rocas, piedras)	117. Exposición a radiaciones ionizantes	129. Mordedura de animales
106. Desplome (edificios, muros, andamios)	118. Exposición a radiaciones no ionizantes	130. Choque de vehículos
107. Pisadas sobre objetos	119. Exposición a productos químicos	131. Atropellamiento por vehículos
108. Choque contra objetos	120. Contacto con electricidad	132. Falla en mecanismos para trabajos hiperbáricos
109. Golpes por objetos (excepto caídas)	121. Contacto con prod. químicos	133. Agresión con armas
110. Aprisionamiento o atrapamiento	122. Contacto con fuego.	199. Otras formas
111. Aprisionamiento por objetos móviles	123. Contacto con mat. calientes o incandescentes	
112. Aprisionamiento por un objeto	124. Contacto con frío	

TABLA B: PARTE DEL CUERPO LESIONADA

201. Región craneana (cráneo cuero cabelludo)	230. Hombro (incl. de clavículas, omóplato y axila)	249. Miembro inferior, ubicaciones múltiples
202. Ojos (incl. de los párpados, la órbita y el nervio)	231. Brazo	250. Aparato cardiovascular en general
206. Boca (con inclusión de labios, dientes y lengua)	232. Codo	270. Aparato respiratorio en general
209. Cara (ubicación no clasificada en otro epígrafe)	233. Antebrazo	280. Aparato digestivo en general
210. Nariz y senos paranasales	234. Muñeca	300. Sistema nervioso en general
211. Aparato auditivo	235. Mano (con excepción de los dedos solos)	333. Mamas
215. Cabeza, ubicaciones múltiples	236. Dedos de las manos	334. Aparato genital en general
216. Cuello	239. Miembro superior, ubicaciones múltiples.	335. Aparato urinario en general
220. Región cervical	240. Cadera	340. Sistema hematopoyético en general
221. Región dorsal	241. Muslo	350. Sistema endocrino en general
222. Región lumbosacra (columna vert. y músculos)	242. Rodilla	360. Pie (solo afecciones dérmicas)
223. Tórax (costillas, esternón)	243. Pierna	370. Sistema linfático en general
224. Abdómen (pared abdominal)	244. Tobillo	380. Aparato psíquico en general
225. Pelvis	245. Pie (con excepción de los dedos solos)	381. Ubicaciones múltiples (compromiso de dos o más zonas afectadas especificadas en la tabla)
229. Tronco, ubicaciones múltiples	246. Dedos de los pies	

TABLA C: NATURALEZA DE LA LESIÓN

401. Escoriaciones	410. Luxaciones	419. Efectos de la electricidad
402. Heridas punzantes	411. Fracturas	420. Efectos de las radiaciones
403. Heridas cortantes	412. Amputaciones	421. Disfunciones orgánicas
404. Heridas contusas	413. Gangrenas	422. Lumbalgias
405. Heridas de bala	414. Quemaduras	423. Hernias discales
406. Pérdida de tejidos	415. Cuerpo extraño en ojos	424. Conjuntivitis
407. Contusiones	416. Enucleación (pérdida ocular)	425. Exposición al medio ambiente
408. Traumatismos internos	417. Intoxicaciones	426. Dermatitis
409. Torceduras y esguinces	418. Asfixia	499. Otros (elaborar informe especial)

TABLA D: AGENTE CAUSANTE

501. Superf. de tránsito o de trab. (piso, suelo, plataf.)	531. Vehículos o medios de transporte en general	551. Materiales Inflamables o Explosivos
502. Paredes	532. Máquinas y equipos en general	570. Animales
503. Techo	533. Herramientas (portátiles, manuales, mecánica)	571. Vegetales
504. Escalera	534. Aparatos para izar o medios de elevación	576. Onda expansiva
505. Rampas	535. Recipientes a presión con o sin fuego	577. Factores climáticos
506. Pasarelas	536. Silos, tolvas, cont., depósitos y tanques para líquido.	579. Arma blanca
507. Aberturas, puertas, portones, persianas	537. Motores y/o equipos eléctricos	580. Arma de fuego
508. Ventanas	538. Transportadores mecánicos	581. Presión
509. Barandas, pasamanos, etc.	539. Aparatos para izar	582. Humedad
510. Tubos de ventilación	540. Matrices	601. Neumoconiosis.
511. Cañería de gas	542. Banco de trabajo	602. Enfermedades causadas por agentes químicos
512. Cañería de aire	543. Recipientes	603. Enfermedades causadas por agentes físicos
513. Cañería de agua	544. Andamios, plataformas, escaleras portátiles	604. Enfermedades causadas por agentes biológicos
514. Conducto de electricidad	545. Archivos	605. Epiteliomas
515. Cañería de materias primas o productos	546. Escritorios	606. Infección carbuncosa
516. Cañería de desagües	547. Asientos en general	607. Ruido
517. Rejillas	548. Muebles en general	608. Vibraciones
518. Estanterías	549. Materias Primas	
530. Electricidad	550. Productos elaborados	