



Ministerio de Producción y Trabajo
Superintendencia de Riesgos del Trabajo

ANEXO II

**FORMULARIO: NOTIFICACIÓN DE CITACIÓN PARA LA VALORACIÓN DEL
DAÑO**

Sr/a. Trabajador/a:

Se le notifica que Usted presentaría una incapacidad (I.L.P.P.), por la cual le correspondería percibir una indemnización.

En tal sentido, se le solicita tenga a bien presentarse a una junta médica el día [FECHA] a las [HORA] en [SEDE DE LA A.R.T./E.A.], con el fin de valorar el porcentaje de incapacidad (*)

En dicha oportunidad, Ud. podrá concurrir junto con su abogado de confianza, deberá seleccionar la Comisión Médica Jurisdiccional en la cual gestionará su trámite, y comunicar a esta Aseguradora su elección hasta la fecha en que se lo ha citado. Usted puede elegir la Comisión Médica considerando: a) el domicilio que figura en su D.N.I. (acompañando copia de su D.N.I.); o b) el domicilio del lugar en que presta servicios en forma efectiva o reporta tareas habitualmente (realizando Declaración Jurada conforme Resolución. S.R.T. N° XXXX/2018). Si así no lo hiciera, se iniciarán las actuaciones en la Comisión Médica Jurisdiccional correspondiente al domicilio denunciado en su D.N.I. (artículo. 5° Resolución. S.R.T. N° 298/17).

Se le hace saber además, que una vez valorado el daño derivado del accidente, esta Aseguradora podrá efectuarle una propuesta de acuerdo, la que se le comunicará en dicha junta médica en caso de haber concurrido con su letrado; caso contrario la misma se efectuara cuando concurra con su abogado.

En caso de arribarse a un acuerdo, se requerirá obligatoriamente para su instrumentación la asistencia jurídica de su abogado, para luego ser sometido a consideración del Servicio de Homologación de la Comisión Médica por Ud. seleccionada para su aprobación.

En caso de no concurrir a la citación del párrafo primero, o de no efectuarse una propuesta de acuerdo, o habiéndola efectuado, no se hubiera arribado a un acuerdo, esta Aseguradora iniciará un trámite de determinación de la incapacidad ante la Superintendencia de Riesgos del Trabajo.

IF-2018-67892105-APN-GACM#SRT



Ministerio de Producción y Trabajo
Superintendencia de Riesgos de Trabajo

ANEXO II

En caso de no contar con un ABOGADO de confianza, podrá solicitar uno que será seleccionado por sorteo, presentándose en la Comisión Médica Jurisdiccional o a través del sitio web de la S.R.T. (www.srt.gob.ar) con CUARENTA Y OCHO (48) horas de anticipación a la fecha en que ha sido citado. Por cualquier consulta que desee realizar, lo invitamos a comunicarse a nuestra línea gratuita al [TÉLEFONO DE LÍNEA GRATUITA DE CONSULTAS Y RECLAMOS (Resolución S.R.T. N° 2553/13)] o con la S.R.T. al 0800-666-6778.

(*) En dicha oportunidad, deberá junto con su ABOGADO, acompañar presentación por escrito mediante la cual se deje constancia de la representación letrada designada y constituya domicilio a los efectos del trámite (artículo 1° de la Ley N° 27.348; artículo 28 Resolución S.R.T. N° 298/17).



República Argentina - Poder Ejecutivo Nacional
2018 - Año del Centenario de la Reforma Universitaria

Hoja Adicional de Firmas
Anexo

Número: IF-2018-67892105-APN-GACM#SRT

CIUDAD DE BUENOS AIRES
Jueves 27 de Diciembre de 2018

Referencia: ANEXO II EX-2018-53717855-APN-GACM#SRT

El documento fue importado por el sistema GEDO con un total de 2 pagina/s.

Digitally signed by GESTION DOCUMENTAL ELECTRONICA - GDE
DN: cn=GESTION DOCUMENTAL ELECTRONICA - GDE, c=AR, o=MINISTERIO DE MODERNIZACION,
ou=SECRETARIA DE MODERNIZACION ADMINISTRATIVA, serialNumber=CUIT 30715117564
Date: 2018.12.27 16:31:43 -03'00'

Ignacio Jose Isidoro Subizar
Gerente
Gerencia de Administración de Comisiones Médicas
Superintendencia de Riesgos del Trabajo

VERSION DIGITAL