



Ministerio de Producción y Trabajo  
Superintendencia de Riesgos del Trabajo

**ANEXO II**

**FORMULARIO A: NOTIFICACIÓN DE INCAPACIDAD LABORAL Y CITACIÓN**  
**PARA PROPUESTA DE CONVENIO**

**Sr/a. Trabajador/a:**

Se le notifica que esta Aseguradora ha evaluado las secuelas incapacitantes del siniestro de fecha [P.M.I.], en un [GRADO EXPRESADO EN TEXTO Y N°], por el cual le corresponde percibir una indemnización. Dicha indemnización se calculará considerando el porcentaje de incapacidad y sus ingresos. Como referencia, el valor mínimo en pesos de cada punto de incapacidad (1%), es de [MONTO EXPRESADO EN TEXTO Y N°].

En tal sentido, se le solicita tenga a bien presentarse el día [FECHA] a las [HORA] en [SEDE DE LA A.R.T./E.A.] junto con el ABOGADO que Ud. designe, a los fines de realizarle una propuesta de convenio.(\*)

En dicha oportunidad, 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 a recibir su propuesta. 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 Res. S.R.T. N° 11/18). Si así no lo hiciera, se iniciarán las actuaciones en la Comisión Médica Jurisdiccional correspondiente al domicilio denunciado en su D.N.I. (art. 5° Res. S.R.T. N° 298/17).

En caso de que se suscriba la propuesta de convenio, los términos de la misma serán sometidos a consideración del Servicio de Homologación de la Comisión Médica, por Ud. seleccionada.

En caso de no concurrir con un ABOGADO, o de no arribar a un acuerdo, esta Aseguradora iniciará un trámite de determinación de incapacidad ante la Superintendencia de Riesgos del Trabajo.

Recuerde que, desde la propuesta de acuerdo y hasta la finalización del trámite, Usted deberá estar acompañado de su ABOGADO, quien no deberá solicitarle pago ni remuneración alguna, ya que los honorarios serán pagados por esta Aseguradora.

Si no contara 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



Ministerio de Producción y Trabajo  
Superintendencia de Riesgos de Trabajo

**ANEXO II**

de la S.R.T. ([www.srt.gob.ar](http://www.srt.gob.ar)) con CUARENTA Y OCHO (48) horas de anticipación a la fecha en que ha sido citado para recibir su propuesta de acuerdo.

Por cualquier consulta que desee realizar, lo invitamos a comunicarse a nuestra línea gratuita al [TÉLEFONO DE LÍNEA GRATUITA DE CONSULTAS Y RECLAMOS (RES. S.R.T. N° 2553/2013)] 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 (art. 1° de la Ley N° 27.348; art. 28 Res. S.R.T. N° 298/2017).

**FORMULARIO B: NOTIFICACIÓN DE CITACIÓN PARA PROPUESTA DE  
CONVENIO**

**Sr/a. Trabajador/a:**

Se le notifica que, como consecuencia del siniestro de fecha [P.M.I.], Usted presenta una incapacidad (I.L.P.P.), por la cual le corresponde percibir una indemnización. Dicha indemnización se calculará considerando el porcentaje de incapacidad y sus ingresos. Como referencia, actualmente el valor mínimo en pesos de cada punto de incapacidad (1%) es de [MONTO EXPRESADO EN TEXTO Y N°].

En tal sentido, se le solicita tenga a bien presentarse el día [FECHA] a las [HORA] en [SEDE DE LA A.R.T./E.A.] junto con su ABOGADO de confianza, con el fin de valorar el porcentaje de incapacidad y realizarle una propuesta de indemnización. (\*)

En dicha oportunidad, 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 a recibir su propuesta. Usted puede elegir la Comisión Médica considerando: a) el domicilio que figura en su D.N.I. (acompañando copia de su DNI); o b) el domicilio del lugar en que presta servicios en forma efectiva o reporta tareas habitualmente (realizando Declaración Jurada conforme Res. S.R.T. N° 11/18). Si así no lo hiciera, se iniciarán las actuaciones en la Comisión Médica Jurisdiccional correspondiente al domicilio denunciado en su D.N.I. (art. 5° Res. S.R.T. N° 298/17).



Ministerio de Producción y Trabajo  
Superintendencia de Riesgos del Trabajo

**ANEXO II**

En caso de que se suscriba la propuesta de convenio, los términos de la misma serán sometidos a consideración del Servicio de Homologación de la Comisión Médica, por Ud. seleccionada.

En caso de no concurrir con un ABOGADO, o de no arribar a un acuerdo, esta Aseguradora iniciará un trámite de determinación de incapacidad ante la Superintendencia de Riesgos del Trabajo.

Recuerde que, desde la propuesta de acuerdo y hasta la finalización del trámite, Usted deberá estar acompañado de su ABOGADO, quien no deberá solicitarle pago ni remuneración alguna, ya que los honorarios serán pagados por esta Aseguradora

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](http://www.srt.gob.ar)) con CUARENTA Y OCHO (48) horas de anticipación a la fecha en que ha sido citado para recibir su propuesta de acuerdo.

Por cualquier consulta que desee realizar, lo invitamos a comunicarse a nuestra línea gratuita al [TÉLEFONO DE LÍNEA GRATUITA DE CONSULTAS Y RECLAMOS (RES. S.R.T. N° 2553/2013)] 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 (art. 1° de la Ley N° 27.348; art. 28 Res. S.R.T. N° 298/2017).



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

**Hoja Adicional de Firmas**  
**Anexo**

**Número:**

**Referencia:** Anexo II perteneciente al EX-2018-53717855-APN-GACM#SRT

---

El documento fue importado por el sistema GEDO con un total de 3 pagina/s.

VERSION DIGITAL