

## FORMULARIO DE RECLAMACIÓN RIESGOS PROFESIONALES (ACCIDENTES DE TRABAJO)

<b>PATRONO</b>	Nombre del Patrono: _____ Naturaleza del Negocio: _____ Dirección: _____ Identidad: _____ R.T.N. _____ Teléfono: _____ Fax: _____ Correo electrónico: _____
----------------	---

<b>TRABAJADOR</b>	Nombre: _____ Dirección: _____ Edad: _____ Sexo: _____ Estado Civil: _____ Ocupación (cuando sufrió el accidente): _____ Cargo para el cual se encuentra empleado: _____ Sueldo: _____ Mensual: _____ Por Día: _____ Por Hora: _____ Cuántas horas trabaja diario: _____ promedio diario en caso de que trabaje a destajo o por tarea: _____
-------------------	--

<b>ACCIDENTE</b>	Fecha del accidente: _____ Lugar del accidente: _____ Estaba el accidentado bajo efectos de licor o drogas: _____ El accidentado fue voluntariamente culpable: _____ El accidente se debió a fuerza mayor o caso fortuito extraño al trabajo: _____ Se puede considerar autolesión o simulación: _____ Porqué: _____ Se desempeñaba en funciones propias a su cargo: _____ Maquinaria, herramientas o cosa que causó la lesión: _____ Parte de la maquinaria con que ocurrió el accidente: _____ Existen dispositivos de seguridad: _____ Estaban puestos: _____ Fue el accidente causado por la falta de dichos dispositivos o a la no observancia de los mismos: _____ ¿Por culpa de quién? _____ Fue el accidente por fallas mecánicas: _____ Cómo ocurrió el accidente: _____ _____ _____
------------------	--

<b>LESION</b>	Parte lesionada: _____ Probable incapacidad: _____ Nombre y dirección del Médico que prestó la asistencia inicial: _____ Lugar donde se trasladó el accidentado: _____ Ha muerto el Accidentado: _____ Fecha: _____ Tegucigalpa, D.C., _____ de _____ de _____
---------------	---

 \_\_\_\_\_  
 CARGO

 \_\_\_\_\_  
 NOMBRE

 \_\_\_\_\_  
 FIRMA