



Instituto
de Seguros
de Jujuy

Gobierno de
JUJUY
Cerca de la gente

www.isj.gov.ar | info@isj.gov.ar | medicina.laboral@isj.gov.ar

0810-777-72583 (SALUD) Interno: 167 | 📞 3885053241

REQUISITOS A PRESENTAR POR EL BENEFICIARIO TITULAR (AFILIADO ISJ) PARA EL INICIO DEL TRÁMITE DE COBERTURA POR PRESUNTO ACCIDENTE DE TRABAJO CONFORME LEY 24.557/95 DE RIESGO LABORAL.

Leer atentamente y seguir los pasos detallados a continuación según corresponda

- 1 CARÁTULA DE LA REPARTICIÓN (lugar de trabajo).
- 2 NOTA DE REPARTICIÓN solicitando cobertura con la aclaración del reconocimiento del 100% de los gastos ocasionados por el accidente de trabajo o enfermedad profesional.
- 3 DENUNCIA Y/O EXPOSICIÓN POLICIAL.
- 4 FORMULARIO PARA DENUNCIA (Anexo I) del presunto accidente de trabajo o enfermedad profesional.
- 5 CERTIFICADO MÉDICO consignando diagnóstico y tiempo probable de cobertura.
- 6 ATENCIÓN DEL SAME (mediante Nota al SAME, solicitar la atención brindada).
- 7 PARA PERSONAL DEL MINISTERIO DE EDUCACIÓN, debe agregarse el Acta de la escuela.
- 8 PARA PERSONAL DE LAS MUNICIPALIDADES Y COMISIONES MUNICIPALES, debe agregarse el convenio suscripto entre el ISJ y dicho Municipio.

REQUISITOS PARA SOLICITAR AMPLIACIÓN PERIODO DE COBERTURA (INICIAR EN SU LUGAR DE TRABAJO)

- 1 NOTA SOLICITANDO AMPLIACIÓN, dicho trámite se inicia en su lugar de trabajo.
- 2 CERTIFICADO MÉDICO consignando **diagnóstico y tiempo probable de cobertura.**

 **TODA DOCUMENTACIÓN QUE SE PRESENTE EN COPIAS, DEBERÁ SER DEBIDAMENTE CERTIFICADA.**

**HORARIO DE
ATENCIÓN ISJ:**

LUNES A VIERNES DE 08:30 A 12:00 Y DE 17:30 A 19:00 HS.

SR./A AFILIADO/A/S:

LEER ATENTAMENTE LO INDICADO PARA AGILIZAR LA COBERTURA DE LAS PRÁCTICAS MÉDICO-ASISTENCIALES. (Consultas médicas, sesiones de Fisioterapia, cirugías entre otras).



DIVISIÓN MEDICINA LABORAL Y ACCIDENTOLOGÍA