

SOLICITUD DEL BENEFICIO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE
- Seguro de Vida Obligatorio para el Personal del Estado -

De acuerdo a las disposiciones vigentes del Seguro de Vida Obligatorio para el Personal del Estado, Ley 13.003 (t.o. por Decreto N°1548/77), solicito se me conceda el beneficio de incapacidad total y permanente, por hallarme imposibilitado para mi trabajo, así como para ejercer cualquier otra ocupación remunerada.

Datos a Ser Completados por el Asegurado

Apellido y Nombres (1) y (2): _____

Domicilio (calle, número, piso, departamento, localidad, provincia, cód. postal): _____

D.N.I./L.E./L.C./(*): _____ | C.I.: _____ | Edad: _____ | Sexo: F M

Fecha de nacimiento:/...../..... | Nacionalidad: _____

Estado civil: _____ | Teléfono: _____

Administración nacional o provincial/Ministerio o Secretaria/Otras Reparticiones (*) donde prestó o presta servicios: _____

Domicilio (calle, número, piso, departamento, localidad, provincia, cód. postal): _____

Caja de jubilaciones/A.N.S.E.S./A.F.J.P. (*): _____ | Afiliado/jubilado N° (*): _____

Apellido y Nombres del médico asistente: _____

Domicilio (calle, número, piso, departamento, localidad, provincia, cód. postal): _____

Por este medio me notifico que hasta tanto no cumplimente los requisitos que La Caja solicite, regirán los plazos legales vigentes estipulados en la Ley de Seguros N°17.418, pudiendo prescribir los derechos al cobro del beneficio. Deberá acompañar a la presente indefectiblemente, fotocopia de la Historia Clínica y de los estudios complementarios. La Caja no aceptará denuncias posteriores de patologías no indicadas en este acto.

..... de de |
Lugar y Fecha | Firma y Aclaración o Impresión Digital (3)

Antecedentes a Ser Completados por el Tomador

La información a proporcionar deberá ajustarse a lo establecido en el art. 40 del Decreto N°1.588/80. La repartición no certificará esta solicitud si no estuviera encuadrada en las disposiciones de los artículos 58 del Decreto N°747/85 y 59 del Decreto N°1588/80. La Repartición deberá comunicar de inmediato cualquier variación en la situación administrativa del causante.

Indicar el N° de Póliza: _____ | Cargo/Profesión(*) del asegurado: _____

Ultimo capital por el que se descontó primas: \$ _____ \$ | \$
Capital básico obligatorio | Capital básico adicional

Al servicio activo desde:/...../..... | Le corresponden haberes hasta:/...../.....

Ultimo día que concurrió al trabajo:/...../..... | Ultimo sueldo de \$..... que percibía desde:/...../.....

Abonó primas hasta:/...../..... | Fecha de ingreso al seguro:/...../.....

Fecha del cese laboral:/...../..... | Causa del cese laboral: _____

Indicar los períodos de licencia por salud tomados durante los 3 (tres) últimos años o incluir anexo detallándolos y

Los motivos (en el caso de no haber hecho uso de inasistencias señalarlo expresamente): _____

Observaciones: _____

..... de de |
Lugar y Fecha | Firma y Sello Aclaratorio del Tomador

(1) Declaro formalmente que a la fecha, no desempeño ninguna actividad remunerada y que en el caso de volver a hacerlo, me comprometo a comunicarlo a La Caja.

(2) Si existieran diferencias de nombres con los que figuran en la Entidad o Certificado Individual, deberá constar en "Observaciones" que los nombres corresponden a una misma persona.

(3) Si no supiera firmar o se hallare impedido de hacerlo.

(*) Tachar lo que no corresponda

CAJA DE SEGUROS DE VIDA S.A.
INFORME DEL MEDICO ASISTENTE SOBRE LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE DEL
ASEGURADO

Este cuestionario debe ser completado de puño y letra en forma completa sin omitir ninguna respuesta, por el médico que asistió o asiste al asegurado con motivo de la incapacidad denunciada.
El médico asistente sólo certificará diagnósticos de certeza, no admitiéndose diagnósticos presuntivos.

Apellido y Nombres: _____

Fecha de inicio de la/s enfermedad/es que lo incapacitan:/...../.....

Detallar la totalidad de las enfermedades que padece:

Estado actual del asegurado: _____

Sintomatología subjetiva: _____

Signos objetivos constatados (detallarlos):

Existen posibilidades de mejoría o curación? SI NO

Indicar en caso afirmativo el plazo de manifestación de las mejorías: días

Puede el asegurado desempeñar su ocupación habitual? SI NO

Indicar el grado de incapacidad actual del asegurado (*): _____

Carácter de la incapacidad: TOTAL PARCIAL PERMANENTE TRANSITORIA

Observaciones:

Las patologías denunciadas son las únicas de existencia actual que generan la incapacidad, no detectándose otra afección mediante el examen clínico/físico y los estudios complementarios que se adjuntan.

El presente informe tiene carácter de certificado médico y su tergiversación se encuentra penada por los artículos 295 y 296 del Código Penal Argentino.

Datos del Médico Asistente

Apellido y Nombres: _____

Matrícula N°: _____ | Nacional Provincial | Teléfono: _____

Domicilio (calle, número, piso departamento, localidad, provincia, cód. postal):

..... de de |
Lugar y Fecha | Firma y Sello Aclaratorio del Médico Asistente

(*) Normas para valorar el grado de incapacidad:

- 1) Incapacidad "total": cuando imposibilite al asegurado en forma absoluta para cualquier trabajo, o cuando sin ser absoluta, impida al interesado desempeñar su ocupación habitual y ejercer alguna otra actividad remunerada.
- 2) Incapacidad "permanente": cuando la irreversibilidad del proceso causal, permita establecer su carácter definitivo, o cuando no revistiendo esa condición, se la juzgue sin perspectivas ciertas de recuperación mediata e inmediata.