

SEGURO PERSONAL DEL ESTADO

SOLICITUD DEL BENEFICIO POR INCAPACIDAD PARCIAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE

A LA CAJA DE SEGUROS DE VIDA S.A.:

De acuerdo con las disposiciones vigentes del Seguro Obligatorio para el Personal del Estado solicito se me conceda el beneficio de incapacidad parcial y permanente, a cuyo fin suministro los siguientes datos

1	Apellido del solicitante		Nombres completos		2	Nº		(*) LE LC D.N.I.	
3	Repartición donde presta servicios				C.I.		Nº		Pol.
4	☐ Administración Nacional(*)		Ministerio o Secretaría		Fecha Nac.		Edad		
5	Otras Reparticiones donde revista				Estado Civil				
6					7				
DATOS SOBRE EL ACCIDENTE					Domicilio del Solicitante				
Nombres y apellido del médico que lo asistió:					calle				
Domicilio del médico:					C. Postal Localidad Provincia				
8									
de de 19.									
Firma del asegurado									

CERTIFICACION OFICIAL

Los datos consignados por las reparticiones en la presente solicitud y demás información complementaria que suministren, tienen el carácter de declaración jurada. Las indemnizaciones respectivas se abonarán bajo la responsabilidad personal de los funcionarios o empleados que suscriban tales comunicaciones.

9	(*) OCUPACION:		10	(*) A LA FECHA DEL ACCIDENTE SE ENCONTRABA AL SERVICIO DE LA REPARTICION		11	FECHA DEL ACCIDENTE	
Efectivo		Transitorio	contratado		SI NO		Día Mes Año	
Otro								
12	AL SERVICIO DE LA REPARTICION desde:		13	CAPITAL ASEGURADO A LA FECHA DEL ACCIDENTE		14		DESCUENTO DE PRIMAS QUE CUBRE EL MES DE PRODUCIDO EL ACCIDENTE
Día Mes Año		\$ Obligatorio		\$ Adicional		\$ Por Capital Obligatorio \$ Por Capital Adicional		
15	INGRESO AL SEGURO		Comenzó a regir el:		16		APORTADO EN PLANILLA DE SUELDO	
Día Mes Año		Comenzó a regir el: / /		mes de: 19.				
17			SE INDICARA EL SUELDO DE ACUERDO A LO ESTABLECIDO EN EL ARTICULO N° 40 DEL DECRETO N° 1588/80 PERCIBIDO POR EL AGENTE EN EL MES DE OCURRIDO EL ACCIDENTE.			Sueldo expresado en letras: PESOS		

(*) OBSERVACIONES: EL CAUSANTE ES ZURDO ? SI NO

18		
----	--	--

Conste que los datos que anteceden son exactos y que el recurrente, según lo dispuesto sobre el particular por las reglamentaciones respectivas, se encuentra comprendido entre el personal asegurado de esta Repartición.

19	Lugar y fecha		Firma y sello del Jefe de la Repartición
----	---------------	--	--

(*) Tachar lo que no corresponda.

De no ser coincidentes las fechas indicadas en los cuadros 12 y 15 se proporcionará información en "observaciones".

IMPORTANTE: Las erratas o raspaduras no debidamente salvadas o la información incompleta invalidará la consideración de la solicitud y retardará el eventual pago del beneficio.

INFORME DEL MEDICO ASISTENTE SOBRE LA INCAPACIDAD DEL ASEGURADO

SEGURO DE VIDA COLECTIVO Incapacidad Parcial

El presente cuestionario debe ser contestado 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.

- 1.- Apellido y Nombres del asegurado:
- 2.- Fecha del accidente:/...../.....
- 3.- Detalle de la forma en que ocurrió el accidente:
.....
.....
- 4.- Lesión principal debida al accidente (*naturaleza, extensión, localización, etc.*).....
.....
- 5.- Otras lesiones debidas al accidente (*naturaleza, extensión, localización, etc.*):
a).....
b).....
c).....
d).....
- 6.- Evolución de las lesiones y secuelas: FAVORABLE / DESFAVORABLE (*).
Detallar.....
.....
- 7.- En caso de pérdidas funcionales o amputaciones, indicar porcentaje de incapacidad del segmento afectado
- 8.- Estudios y análisis que confirman las lesiones y secuelas (*adjuntarlos*).....
.....
- 9.- Las lesiones fueron ajenas a la voluntad del asegurado y se debieron a la acción directa del accidente (*)
punto 4: SI/NO - punto 5 a): SI/NO - punto 5 b): SI/NO - punto 5 c): SI/NO - punto 5 d): SI/NO
- 10.- Padece el asegurado alguna afección anterior y ajena al accidente (*):
Diabetes SI/NO - Reumatismo SI/NO - Hipertensión SI/NO - Gota SI/NO - Obesidad SI/NO
Adicciones SI/NO - Otras SI/NO (*detallar*)
- 11.- Examen físico (*):
Auscultación cardíaca normal SI/NO Tensión Arterial Máx..... /Mín..... Várices SI/NO
Auscultación pulmonar normal SI/NO Hepatomegalia SI/NO Reflejos osteotendinosos normales SI/NO
Descripción de las anomalías halladas.....
.....
- 12.- La incapacidad es : PERMANENTE/TRANSITORIA (*).
- 13.- El accidente se debió a (*):
Intento de suicidio SI/NO Culpa grave SI/NO Estado de ebriedad SI/NO Influencia de drogas SI/NO
- 14.- Observaciones.....
.....

**LAS PATOLOGIAS DENUNCIADAS SON LAS UNICAS DE EXISTENCIA ACTUAL QUE
GENERAN LA INCAPACIDAD, NO DETECTANDOSE OTRA AFECCION MEDIANTE
EL EXAMEN CLINICO Y LOS ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS QUE SE ADJUNTAN.**

EL PRESENTE INFORME TIENE CARACTER DE CERTIFICADO MEDICO Y SU TERGIVERSACION SE ENCUENTRA PENADA POR LOS ARTICULOS 295 Y 296 DEL CODIGO PENAL ARGENTINO.

Lugar Fecha/...../.....
MEDICO CERTIFICANTE (Apellido y Nombres).....
Matrícula Nº..... nacional/provincial (*).
Domicilio: Calle..... Nº..... piso/dpto .
Localidad..... C.P. Provincia.....
Teléfono.....

.....
Firma y Sello del Médico Certificante