

CAJA DE SEGURO DE VIDA S.A.

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) y teléfono:

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 Secretaría/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.

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 periodos 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:

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.