

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

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: \$ \$ _____

\$ _____

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: _____

