

**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: \_\_\_\_\_



- (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: \_\_\_\_\_

Puede el asegurado desempeñar su ocupación SI  NO

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

Carácter de la \_\_\_\_\_ 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 \_\_\_\_\_

(\*) Normas para valorar el grado de incapacidad: