



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

De acuerdo con las Condiciones de póliza 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:

Datos a Ser Completados por el Asegurado

Apellido y Nombres (1): _____

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): _____

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.

..... de de Lugar y Fecha
..... Firma y Aclaración o Impresión Digital (2)

Antecedentes a Ser Completados por el Tomador

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

Indicar el N° de Póliza: _____

Capital asegurado a la fecha del accidente: _____ Obligatorio: Adicional: desde la fecha:/...../.....

Ocupación: EFECTIVO TRANSITORIO CONTRATADO OTRO

Al servicio activo de la repartición desde:/...../..... Le corresponden haberes hasta:/...../.....

Fecha del accidente:/...../..... Fecha de ingreso al seguro:/...../.....

Desc. de primas que cubre el mes de producido el accidente: \$..... Por capital obligatorio \$..... Por capital adicional

Indicar el sueldo(**): \$ en letras

Es zurdo: SI NO

Observaciones: _____

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

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

(2) Si no supiera firmar o se hallare impedido de hacerlo, el solicitante

(*) Tachar lo que no corresponde

(**) Indicarlo de acuerdo a lo establecido en el art. 40 del Decreto N°1588/80 percibido por el agente en el mes de ocurrido el accidente