

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 cumplimenté 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.

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 _____ | 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: _____

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.

CAJA DE SEGUROS S.A.

INFORME DEL MEDICO ASISTENTE SOBRE LA INCAPACIDAD PARCIAL 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.

Datos del Asegurado a ser Completados por el Médico Asistente

Apellido y Nombres: _____

Fecha de ocurrencia del accidente: / /.

Descripción de la forma en que ocurrió el accidente:

Lesión principal derivada del accidente (naturaleza, extensión, localización, etc.):

Indicar si la lesión principal fue ajena a la voluntad del asegurado y se produjeron por la acción directa del accidente:

SI NO

Otras lesiones y secuelas derivadas del accidente (naturaleza, extensión, localización, etc.):

a)- _____

b)- _____

c)- _____

Indicar si las lesiones y secuelas fueron ajenas a la voluntad del asegurado y se produjeron por la acción directa del

Accidente: SI NO

Evolución de las lesiones y secuelas: FAVORABLE DESFAVORABLE

Observaciones:

Indicar el porcentaje de incapacidad para cada una de las pérdidas funcionales o amputaciones producidas:

Estudios y análisis realizados que confirman las lesiones y secuelas (detallar y adjuntar):

Indicar si el asegurado padecía alguna afección anterior y ajena al accidente:

Diabetes: SI NO

Hipertensión: SI NO

Reumatismo: SI NO

Obesidad: SI NO

Gota: SI NO

Adicciones: SI NO

Otras (detallar) SI NO

Examen físico:

Auscultación cardíaca normal: SI NO

Reflejos osteotendinosos normales: SI NO

Auscultación pulmonar normal: SI NO

Várices: SI NO

Hepatomegalia: SI NO

Tensión arterial: Max: Min:

Psiquismo: NORMAL ALTERADO

Descripción de anomalías detectadas:

Datos del Asegurado a Ser Completados por el Médico Asistente – continuación -

Carácter de la incapacidad: Permanente Transitoria

El accidente se originó en alguna/s de la/s siguiente/s causales:

Intento de suicidio: _____ SI NO Estado de ebriedad: _____ SI NO

Influencia de drogas: _____ SI NO Culpa grave: _____ SI NO

Otras (detallar): _____ SI NO

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): _____

Lugar y Fecha

Firma y Sello Aclaratorio del Médico Asistente