

**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):	
Domicilio (calle, número, piso, departamento, localidad, provincia, cód. postal) y teléfono:	
D.N.I./L.E./L.C./(*):	C.I.:
Edad:	Sexo: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
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):	

Declaro formalmente que a la fecha, no desempeño ninguna actividad remunerada y en caso de volver a hacerlo, me comprometo a comunicarlo en forma fehaciente a La Caja.

Por este medio me notifico que hasta tanto no cumplimente los requisitos que La Caja solicite, se suspenden los plazos previstos en la Ley de Seguros N°17.418, pudiendo prescribir los derechos al cobro del beneficio. Deberé 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 (2)
---------------	--

**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 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:	

Lugar y Fecha	Firma y Sello Aclaratorio del Tomador
---------------	---------------------------------------

(1) 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.

(2) Si no supiera firmar o se hallare impedido de hacerlo.

(\*) Tachar lo que no corresponda

## CAJA DE SEGUROS S.A.

## Informe del Médico Asistente del Asegurado por Incapacidad Total

## Datos Personales del Asegurado

Apellido y Nombres: \_\_\_\_\_

Tipo y N° de Documento: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

## Características y Recomendaciones

El diagnóstico consignado en el presente formulario tiene la calidad de Certificado Médico y ha sido solicitado por el asegurado. El Médico Asistente debe completar un formulario por cada diagnóstico del cual tenga certeza, en forma manuscrita y con letra legible (de imprenta y mayúscula).

El profesional que certifique el diagnóstico no debe omitir ninguna de las respuestas requeridas, todas referidas al momento de extenderse el presente informe y consignará las siguientes leyendas en los lugares indicados: Si desconoce fecha de inicio de la enfermedad consignará "desconocida"; si no realizó examen físico consignará "no realizado" en Observación (1), si no efectuó estudios complementarios consignará "ninguno" en Observación (2), si no recibe medicación consignará "ninguna" en Observación (3).

Además se deberán acompañar las copias de los análisis y estudios complementarios que se hayan realizado

## Diagnóstico

Denominación del diagnóstico de Certeza \_\_\_\_\_

Fecha de inicio de la enfermedad \_\_\_\_\_

## Examen Físico

Se realizó examen 

Fecha: \_\_\_\_\_

Observación (1): \_\_\_\_\_

Semiología objetiva (signos patológicos) correspondiente a este diagnóstico y constatada por el profesional: \_\_\_\_\_

## Análisis y Estudios Complementarios Confirmatorios de este Diagnóstico

Se realizaron análisis y estudios 

Fecha: \_\_\_\_\_

Observación (2): \_\_\_\_\_

Estudio	Fecha del informe	Matrícula del profesional informante	Adjunta copia informe	
1	_____	_____	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
2	_____	_____	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
3	_____	_____	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
4	_____	_____	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
5	_____	_____	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
6	_____	_____	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
7	_____	_____	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
8	_____	_____	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
9	_____	_____	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
10	_____	_____	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

Visto del Médico Diagnosticante \_\_\_\_\_

**Tratamiento recibido para este diagnóstico**

Recibe tratamiento  Desde (Fecha) \_\_\_\_\_ No recibe tratamiento

Tipo de tratamiento \_\_\_\_\_

Institución o profesional tratante \_\_\_\_\_

**Historia Clínica**

Adjunta Historia Clínica  No adjunta Historia Clínica  No existe Historia Clínica

**Medicación recibida por este diagnóstico**

Recibe Medicación  Observación (3): \_\_\_\_\_

Nombre Farmacológico de la droga	Dosis Diaria
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	

**Datos del médico diagnosticante y Certificación del Diagnóstico**

Apellido y Nombres \_\_\_\_\_

Nº de Matrícula \_\_\_\_\_ Jurisdicción de la Matrícula \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_

Certifico haber arribado al presente diagnóstico de certeza y tomo conocimiento de que cualquier falsedad o tergiversación en que pudiese incurrir se encuentra penada por los artículos 295 y 296 del Código Penal de la República Argentina.

\_\_\_\_\_  
Firma Aclaración Manuscrita Sello profesional

**Datos Personales del Asegurado**

Apellido y Nombres: \_\_\_\_\_

Tipo y Nº de Documento: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_