

**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