

**Solicitud de Indemnización por Incapacidad Total y Permanente y/o Accidente**

DECLARACIÓN DEL ASEGURADO	
Apellido y Nombres del Afiliado o Adherente: _____	
Domicilio: _____	
Fecha de Nacimiento: _____ de _____ de _____ DNI-LE-LC N°: _____	
CIN°: _____ Policia: _____	
Repartición que efectuó el último descuento de Contribuciones: _____	
_____ Afiliado N°: _____ Jubilación N°: _____ Ley N°: _____	
Caja: _____ Expediente N°: _____	

Fecha del Accidente/de la Enfermedad que causó la incapacidad: _____
Donde se produjo: _____ Si es accidente, hora: _____
Causas del Accidente/Clase de Enfermedad: _____
Consecuencias del Accidente/de la Enfermedad: _____
Apellido y Nombres del MÉDICO que lo asistió: _____
Domicilio: _____ Loc. Y Prov. : _____ Tel. N°: _____
¿Dónde y cuándo un representante de la Dirección de Seguros podrá visitarlo con motivo del accidente o enfermedad que causó la incapacidad? _____
En caso de Accidente: ¿Han intervenido los representantes de la AUTORIDAD POLICIAL? ¿De qué lugar? _____
Se ha formulado un sumario acerca del mismo? Dónde está radicado? _____
Para el caso de Enfermedad : ¿Han intervenido los representantes de ENTIDADES SANITARIAS OFICIALES? _____

**AFIRMO QUE SON SINCERAS Y VERIDICAS LAS DECLARACIONES PRECEDENTES QUE FORMULO. -**

\_\_\_\_\_  
Lugar y Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma o Impresión Digital del Afiliado o Adherente

**CERTIFICACIÓN OFICIAL**

Conste que he comprobado la identidad del declarante y que la firma y/o Impresión Digital que antecede, puesta en mi presencia, pertenece a la misma persona.-

\_\_\_\_\_  
Lugar y Fecha

\_\_\_\_\_  
Sello de Repartición

\_\_\_\_\_  
Firma Autorizada y sello

**Informe del Médico que recomienda la Solicitud del Beneficio**  
**Incapacidad Total y Permanente y/o Accidente**  
(Este formulario debe llenarse de puño y letra por el Médico)

Apellido y Nombres del Afiliado o Adherente: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Ocupación actual que desempeña el causante: \_\_\_\_\_

1) Lugar y Fecha en que lo ha asistido a causa del Accidente/ Enfermedad: \_\_\_\_\_

2) Fecha de comienzo de la afección: \_\_\_\_\_

3) ¿Cuál es la enfermedad o afección que determina la Incapacidad actual del Afiliado o Adherente: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Síntomas subjetivos que acusa: \_\_\_\_\_

4) ¿Qué miembro(s) u órgano(s) tiene afectado(a)? \_\_\_\_\_

5) ¿La pérdida del miembro es total o parcial? \_\_\_\_\_

6) Últimamente se le realizaron análisis complementarios: \_\_\_\_\_ En caso afirmativo, consignarlos, con qué resultado y en qué fecha: \_\_\_\_\_

7) ¿Existen posibilidades de mejoría o curación? \_\_\_\_\_ En caso afirmativo, dentro de cuánto tiempo: \_\_\_\_\_

8) El Afiliado o Adherente puede desempeñar su ocupación habitual?: \_\_\_\_\_ En caso Negativo, ¿Puede ejercer alguna otra tarea? ( dar detalle ) \_\_\_\_\_

9) ¿El causante se halla incapacitado para el trabajo? \_\_\_\_\_ La Incapacidad ¿es total o parcial?: \_\_\_\_\_

La Incapacidad ¿es Transitoria o Permanente? \_\_\_\_\_

10) ¿Desde qué fecha se halla en tal situación?: \_\_\_\_\_

11) ¿La Incapacidad proviene de un síndrome depresivo y/o cuadro neurótico? \_\_\_\_\_

¿Es posible revertir tal estado o lograr una franca remisión mediante un tratamiento específico? \_\_\_\_\_

OTRAS DECLARACIONES: \_\_\_\_\_

Apellido y Nombre del MÉDICO que certificó la Incapacidad: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Loc. y Prov.: \_\_\_\_\_

Inscrito en: \_\_\_\_\_ Matricula: \_\_\_\_\_ Tomo: \_\_\_\_\_ Folio: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Lugar y Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Médico

**AUTORIZACIÓN DE COBRO**

Autorizo a la persona cuyos datos se consignan a continuación, para percibir el/los importe/s que me correspondan de la Indemnización por causa de INCAPACIDAD TORAL Y PERMANENTE Y/O ACCIDENTE, de acuerdo a la reglamentación que rige el mismo. De tal forma asumo la total responsabilidad acerca del destino que aquella le/s diere.-

Apellido y Nombre del Autorizado: \_\_\_\_\_

LE-LC-DNI N°: \_\_\_\_\_ Clase: \_\_\_\_\_ CI N°: \_\_\_\_\_ Policía: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Loc. y Prov.: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma o Impresión Digital del Autorizado

\_\_\_\_\_  
Firma o Impresión Digital del Autorizante

Conste que las firmas y/o impresiones digitales que anteceden, puestas en mi presencia, pertenecen al Autorizado y Autorizante, cuyos datos de identidad figuran en el presente formulario.-

\_\_\_\_\_  
Lugar y Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma Autorizada y Sello Aclaratorio