



Provincia de La Pampa
 Instituto de Seguridad Social
DIRECCIÓN DE SEGUROS
 02954-433974

RÉGIMEN PREVISIONAL
LEY N° 1166

Contingencia N°

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°: _____	
CI N°: _____	Policía: _____	
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