Dirección de Seguros Sociales

Ministerio de Economía Obras y Servicios Públicos

SOLICITUD del BENEFICIO de INCAPACIDAD TOTAL y PERMANENTE

**De acuerdo con las disposiciones**  **vigentes del Seguro de Vida Obligatorio Decreto – Ley 26/1, y por hallarme impedido para ejercer cualquier otra ocupación remunerada, solicito se me conceda el beneficio de incapacidad total y permanente, a cuyo fin suministro los siguientes datos:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ..............................................................................  **APELLIDO** del Asegurado | ………………………………………………………  **NOMBRE** del Asegurado | |
| **Fecha de Nacimiento………de…………………………………………….de19…………………………**  **N°…………………………**  **Documento de Identidad** | | |
| **Ministerio……………………………………………………………………………………………………….**  **Repartición………………………………………………….Dependencia………………………………….**  **Lugar donde presta servicios……………………………………………………………………………….**  **Provincia………………………………………………..Ocupación………………………………………...** | | |
| **CAPITAL TOTAL ASEGURADO**  **Función que Desempeñaba……………………….**  **………………………………………………………….** | | **Seg. Obligatorio $.................................**  **Seg. Colectivo $.................................**  **Seg. Adicional $.................................**  **TOTAL $.................................** |
| **Domicilio del Solicitante…………………………………………………………………………………….**  **…………………………………………………………………………………………………………………...**  **………………………………. ……………………………………………………**  **Lugar y Fecha Firma o Impresión Digital del Asegurado**   1. **Consignar si es obrero, empleado, peón,etc.** 2. **Si no supiera firmar o se halla impedido para ello, el solicitante estampara su impresión digital.** | | |

|  |
| --- |
| *CERTIFICACION OFICIAL*  **Conste que los datos que anteceden son exactos y que el recurrente que ha hecho uso del máximo de licencia con goce íntegro o parcial de haberes, por tratarse de salud según lo dispuesto sobre el particular por las reglamentaciones respectivas, se encuentra comprendida entre el personal asegurado de esta Repartición.**  **Fecha Cese Repartición**  ………………………… |

…………………………….. Sello de la ……………………………………………………......

**Lugar y Fecha** Repartición **Firma y Sello del jefe de la repartición**