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**