

# Anexo Invalidez

Hoja 1



Caja de Jubilaciones, Subsidios y  
Pensiones del Personal del  
Banco de la Provincia de Buenos Aires

Nº DE AFILIADO/A:

## DECLARACIÓN JURADA DE INCAPACIDAD

### DATOS PERSONALES

Nombre y Apellido:

Edad:

Tipo y Nº Documento:

Estado Civil:

C.U.I.L.:

Nivel de Instrucción:

PRIMARIO	COMPLETO	INCOMPLETO
SECUNDARIO	COMPLETO	INCOMPLETO
TERCIARIO	COMPLETO	INCOMPLETO
UNIVERSITARIO	COMPLETO	INCOMPLETO

1- ¿CONSIDERA QUE SE ENCUENTRA INCAPACITADO PARA EL DESEMPEÑO DE SUS TAREAS?.

SI  NO

2- SU INCAPACIDAD SE DEBE A ENFERMEDAD O ACCIDENTE.

ENFERMEDAD  ACCIDENTE

3- FECHA DE COMIENZO DE LA ENFERMEDAD O DEL ACCIDENTE.

4- DESCRIPCIÓN DE LA ENFERMEDAD O LESIONES QUE PADECE.

**Anexo  
Invalidez**

Hoja 2



Caja de Jubilaciones, Subsidios y  
Pensiones del Personal del  
Banco de la Provincia de Buenos Aires

**5- INDICAR NOMBRES Y DIRECCIONES DE LOS MÉDICOS QUE LO ATENDIERON DESDE EL COMIENZO DE SU INCAPACIDAD.**

---

---

---

---

**6- ¿HA ESTADO INTERNADO POR SU INCAPACIDAD?.**

SI  NO

**7- EN CASO AFIRMATIVO, INDICAR NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL ESTABLECIMIENTO Y FECHA/S DE INTERNACIÓN.**

---

---

---

**8- ¿HA REALIZADO TRATAMIENTOS MÉDICOS Y/O INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS EN RELACIÓN A SU INCAPACIDAD?. EN CASO AFIRMATIVO INDICAR LOS RESULTADOS OBTENIDOS.**

---

---

---

**9- DETALLE DE CONSTANCIAS Y ELEMENTOS DIAGNÓSTICOS QUE POSEA (ANÁLISIS, RADIOGRAFÍAS, PRESCRIPCIONES MÉDICAS, ETC.). LOS QUE DEBERÁ PRESENTAR A LA JUNTA MÉDICA.**

---

---

---

**Anexo  
Invalidez**

Hoja 3



Caja de Jubilaciones, Subsidios y  
Pensiones del Personal del  
Banco de la Provincia de Buenos Aires

**10- CUALQUIER OTRO DATO ACLARATORIO SOBRE SU INCAPACIDAD.**

Form area with 10 horizontal lines for text input.

VERSIÓN (1)

Empty rounded rectangular box for signature.

Firma

Empty rounded rectangular box for clarification.

Aclaración

.....

Tipo y Nº de documento

**Seguro de  
Vida  
-INVALIDEZ-**



Caja de Jubilaciones, Subsidios y  
Pensiones del Personal del  
Banco de la Provincia de Buenos Aires

**Nº DE AFILIADO/A:**

### Confección del formulario de aceptación o desistimiento de la Póliza 12.210

Sólo será confeccionado al momento de la solicitud del beneficio previsional siempre y cuando se cumplan las siguientes condiciones:

Que usted al momento de cesar siendo empleado/a del Banco Provincia de Buenos Aires, sea para acogerse al beneficio previsional de la Caja de Jubilaciones, Subsidios y Pensiones del Personal del Banco de la Provincia de Buenos Aires y en dicha circunstancia contará con la cobertura del seguro de vida colectivo optativo.

Las personas que tramiten la jubilación por invalidez y la misma sea aprobada, tendrán la posibilidad de optar por denunciar el siniestro y solicitar el cobro del seguro o solicitar la prosecución del seguro de vida colectivo a través de la póliza 12.210.

**MUY IMPORTANTE: SI USTED OPTA POR LA PROSECUCIÓN DEL SEGURO DE VIDA COLECTIVO A TRAVÉS DE LA PÓLIZA 12.210 NO PODRÁ SOLICITAR EL PAGO DEL SEGURO POR INVALIDEZ QUE PREVÉ LA PÓLIZA 92**

Condiciones del seguro:

- Riesgos cubiertos : Muerte exclusivamente, las 24 horas, los 365 días.
- Capital Asegurado: Ocho (8) Beneficios. Las personas que al momento de tramitar la Jubilación o Pensión, se encuentren encuadrados como asegurables y soliciten la continuidad en el seguro o, aquellos/as que estando asegurados/as, cumplan la edad de 75 años, se reducirá el capital a cuatro (4) beneficios para ambas situaciones.
- Costo mensual: \$ 1,85 mensual por cada \$ 1000 de capital asegurado.
- Límite de permanencia: El límite de permanencia en el seguro será de 79 años de edad inclusive, al momento de cumplir los 80 años, queda automáticamente sin cobertura de riesgo.

**SEGURO DE VIDA COLECTIVO OPTATIVO PARA JUBILADOS DE LA CAJA DE JUBILACIONES, SUBSIDIOS Y PENSIONES DEL BANCO DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES.**

- PARA TRÁMITE DE JUBILACIÓN:** Si usted al momento de renunciar siendo empleado del Banco de la Provincia de Buenos Aires para acogerse a los beneficios jubilatorios de la Caja de Jubilaciones Subsidios y Pensiones del Personal del Banco de la Provincia de Buenos Aires y en dicha circunstancia contará con cobertura del Seguro de Vida Colectivo deberá dejar constancia en el presente formulario de su decisión de continuar o no con el mismo.
- PARA TRÁMITE DE PENSIÓN:** Si usted a consecuencia del fallecimiento de su esposo/a quien era jubilado/a de la Caja de Jubilaciones, Subsidios y Pensiones del Personal del Banco de la Provincia de Buenos Aires y en dicha circunstancia contara con el Seguro de Vida Colectivo Optativo para el mencionado Jubilado/a y su cónyuge, deberá hacer constar en el presente formulario su decisión de continuar o no con el respectivo Seguro de Cónyuge.

**DATOS DEL TITULAR**

Nº AFILIADO		TIPO Y NÚM. DOCUMENTO		Nº CUIL		CONDICIÓN IVA	
APELLIDO Y NOMBRES				CALLE		NÚM.	PISO DTO.
LOCALIDAD		C. POSTAL		PROVINCIA		NACIONALIDAD	
TELÉFONO		CELULAR		E-MAIL		LUGAR DE NACIMIENTO	
SEXO	F. NACIMIENTO	ESTADO CIVIL	IIBB	PEP	SUJ. OBLIGADO		

**ACEPTACIÓN DEL SEGURO**

Acepto la prosecución del descuento de la prima correspondiente a la Póliza 12.210 del Seguro Colectivo de Vida Optativo para Jubilados y Pensionados de la Caja de Jubilaciones del Banco de la Provincia de Buenos Aires. Autorizo descontar a Provincia Seguros S.A. el cobro de la prima a través de la Caja de Jubilaciones, Subsidios y Pensiones del Personal del Banco de la Provincia de Buenos Aires, a través del débito directo de mis haberes previsionales.

**INSTITUCIÓN DE BENEFICIARIOS**

APELLIDO Y NOMBRES	PARENTESCO	F. NACIMIENTO	T. DOC.	NÚM. DOC.	%

No deseo que la indemnización correspondiente al/a los menores sea abonada a quienes ejerzan la patria potestad, por lo tanto en ese caso instituyo como beneficiario a: .....

Cuando el contratante no designe beneficiario o por cualquier causa la designación se haga ineficaz o quede sin efecto, se entiende que designó a los herederos (Art. 145 Ley de Seguros 17418).

LUGAR Y FECHA: .....

.....  
FIRMA DEL SOLICITANTE

.....  
CERTIFICACIÓN DEL CONTRATANTE

**DESESTIMIENTO DEL SEGURO**

No acepto la prosecución del descuento de la prima correspondiente a la Póliza 12.210 del Seguro Colectivo de Vida Optativo para Jubilados y Pensionados de la Caja de Jubilaciones del Banco de la Provincia de Buenos Aires. **Atento a que tramitaré en Provincia Seguros el cobro del mismo.**

LUGAR Y FECHA: .....

.....  
FIRMA DEL SOLICITANTE

.....  
CERTIFICACIÓN DEL CONTRATANTE

SEGURO DE VIDA COLECTIVO OPTATIVO PARA JUBILADOS DE LA CAJA DE JUBILACIONES, SUBSIDIOS Y PENSIONES DEL BANCO DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES.

- PARA TRÁMITE DE JUBILACIÓN:** Si usted al momento de renunciar siendo empleado del Banco de la Provincia de Buenos Aires para acogerse a los beneficios jubilatorios de la Caja de Jubilaciones Subsidios y Pensiones del Personal del Banco de la Provincia de Buenos Aires y en dicha circunstancia contará con cobertura del Seguro de Vida Colectivo deberá dejar constancia en el presente formulario de su decisión de continuar o no con el mismo.
- PARA TRÁMITE DE PENSIÓN:** Si usted a consecuencia del fallecimiento de su esposo/a quien era jubilado/a de la Caja de Jubilaciones, Subsidios y Pensiones del Personal del Banco de la Provincia de Buenos Aires y en dicha circunstancia contara con el Seguro de Vida Colectivo Optativo para el mencionado Jubilado/a y su cónyuge, deberá hacer constar en el presente formulario su decisión de continuar o no con el respectivo Seguro de Cónyuge.

**DATOS DEL TITULAR**

Nº AFILIADO		TIPO Y NÚM. DOCUMENTO		Nº CUIL		CONDICIÓN IVA	
APELLIDO Y NOMBRES				CALLE		NÚM.	PISO DTO.
LOCALIDAD		C. POSTAL		PROVINCIA		NACIONALIDAD	
TELÉFONO		CELULAR		E-MAIL		LUGAR DE NACIMIENTO	
SEXO	F. NACIMIENTO	ESTADO CIVIL	IIBB	PEP	SUJ. OBLIGADO		

**ACEPTACIÓN DEL SEGURO**

Acepto la prosecución del descuento de la prima correspondiente a la Póliza 12.210 del Seguro Colectivo de Vida Optativo para Jubilados y Pensionados de la Caja de Jubilaciones del Banco de la Provincia de Buenos Aires. Autorizo descontar a Provincia Seguros S.A. el cobro de la prima a través de la Caja de Jubilaciones, Subsidios y Pensiones del Personal del Banco de la Provincia de Buenos Aires, a través del débito directo de mis haberes previsionales.

**INSTITUCIÓN DE BENEFICIARIOS**

APELLIDO Y NOMBRES	PARENTESCO	F. NACIMIENTO	T. DOC.	NÚM. DOC.	%

No deseo que la indemnización correspondiente a los menores sea abonada a quienes ejerzan la patria potestad, por lo tanto en ese caso instituyo como beneficiario a: .....

Quando el contratante no designe beneficiario o por cualquier causa la designación se haga ineficaz o quede sin efecto, se entiende que designó a los herederos (Art. 145 Ley de Seguros 17418).

LUGAR Y FECHA: .....

.....  
FIRMA DEL SOLICITANTE

.....  
CERTIFICACIÓN DEL CONTRATANTE

**DESESTIMIENTO DEL SEGURO**

No acepto la prosecución del descuento de la prima correspondiente a la Póliza 12.210 del Seguro Colectivo de Vida Optativo para Jubilados y Pensionados de la Caja de Jubilaciones del Banco de la Provincia de Buenos Aires. **Atento a que tramitaré en Provincia Seguros el cobro del mismo.**

LUGAR Y FECHA: .....

.....  
FIRMA DEL SOLICITANTE

.....  
CERTIFICACIÓN DEL CONTRATANTE

**SEGURO DE VIDA COLECTIVO - CONTINUACIÓN PÓLIZA 12.210**

SEGURO DE VIDA COLECTIVO OPTATIVO PARA JUBILADOS DE LA CAJA DE JUBILACIONES, SUBSIDIOS Y PENSIONES DEL BANCO DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES.

- PARA TRÁMITE DE JUBILACIÓN:** Si usted al momento de renunciar siendo empleado del Banco de la Provincia de Buenos Aires para acogerse a los beneficios jubilatorios de la Caja de Jubilaciones Subsidios y Pensiones del Personal del Banco de la Provincia de Buenos Aires y en dicha circunstancia contará con cobertura del Seguro de Vida Colectivo deberá dejar constancia en el presente formulario de su decisión de continuar o no con el mismo.
- PARA TRÁMITE DE PENSIÓN:** Si usted a consecuencia del fallecimiento de su esposo/a quien era jubilado/a de la Caja de Jubilaciones, Subsidios y Pensiones del Personal del Banco de la Provincia de Buenos Aires y en dicha circunstancia contara con el Seguro de Vida Colectivo Optativo para el mencionado Jubilado/a y su cónyuge, deberá hacer constar en el presente formulario su decisión de continuar o no con el respectivo Seguro de Cónyuge.

**DATOS DEL TITULAR**

Nº AFILIADO		TIPO Y NÚM. DOCUMENTO		Nº CUIL		CONDICIÓN IVA	
APELLIDO Y NOMBRES				CALLE		NÚM. PISO DTO.	
LOCALIDAD		C. POSTAL		PROVINCIA		NACIONALIDAD	
TELÉFONO		CELULAR		E-MAIL		LUGAR DE NACIMIENTO	
SEXO	F. NACIMIENTO	ESTADO CIVIL	IIBB	PEP	SUJ. OBLIGADO		

**ACEPTACIÓN DEL SEGURO**

Acepto la prosecución del descuento de la prima correspondiente a la Póliza 12.210 del Seguro Colectivo de Vida Optativo para Jubilados y Pensionados de la Caja de Jubilaciones del Banco de la Provincia de Buenos Aires. Autorizo descontar a Provincia Seguros S.A. el cobro de la prima a través de la Caja de Jubilaciones, Subsidios y Pensiones del Personal del Banco de la Provincia de Buenos Aires, a través del débito directo de mis haberes previsionales.

**INSTITUCIÓN DE BENEFICIARIOS**

APELLIDO Y NOMBRES	PARENTESCO	F. NACIMIENTO	T. DOC.	NÚM. DOC.	%

No deseo que la indemnización correspondiente al/a los menores sea abonada a quienes ejerzan la patria potestad, por lo tanto en ese caso instituyo como beneficiario a: .....

Cuando el contratante no designe beneficiario o por cualquier causa la designación se haga ineficaz o quede sin efecto, se entiende que designó a los herederos (Art. 145 Ley de Seguros 17418).

LUGAR Y FECHA: .....

.....  
FIRMA DEL SOLICITANTE

.....  
CERTIFICACIÓN DEL CONTRATANTE

**DESESTIMIENTO DEL SEGURO**

No acepto la prosecución del descuento de la prima correspondiente a la Póliza 12.210 del Seguro Colectivo de Vida Optativo para Jubilados y Pensionados de la Caja de Jubilaciones del Banco de la Provincia de Buenos Aires. **Atento a que tramitaré en Provincia Seguros el cobro del mismo.**

LUGAR Y FECHA: .....

.....  
FIRMA DEL SOLICITANTE

.....  
CERTIFICACIÓN DEL CONTRATANTE