

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 providing clarifying data.

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 - 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 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 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