



Propiedad Intelectual Nº 187332

BOLETIN OFICIAL

Provincia de La Pampa

REPUBLICA ARGENTINA

Gobernador: Ing. Carlos Alberto **VERNA**
Vice-Gobernador:..... Prof. Norma Haydee **DURANGO**
Ministro de Gobierno, Justicia y Seguridad:Dr. Rodolfo Mauricio **GAZIA**
Ministro de Bienestar Social:Sr. Sergio Raúl **ZILLOTTO**
Ministro de Cultura y Educación:.....Prof. María de los Angeles **ZAMORA**
Ministro de la Producción:Dr. Ricardo Horacio **MORALEJO**
Ministro de Hacienda y Finanzas:..... C.P.N.Ernesto Osvaldo **FRANCO**
Ministro de Obras y Servicios Públicos.....Ing. Julio Néstor **BARGERO**
Secretario General de la Gobernación:..... Ing. Juan Ramón **GARAY**
Secretario de Asuntos Municipales..... Sr. Rodolfo **CALVO**
Secretario Recursos Hídricos..... Sr. Juan Pablo **MORISOLI**
Asesor Letrado de Gobierno:Dr. Raúl Omar Osvaldo **ARAGONES**
Fiscal de Estado:Dr. José Alejandro **VANINI**

Dirección: Sarmiento Nº 335
AÑO LIII - Nº 2698

Telefax 02954- 436323

www.lapampa.gov.ar

SANTA ROSA, 25 de Agosto de 2006.-

SEPARATA

BOLETIN OFICIAL Nº 2698

**LEY Nº 2283: Creando el Centro para el Plan de
Inclusión Previsional "CE.P.I.P."**

DIRECCION DE SEGUROS
I.S.S.

Resolución General Nº 287/06

LEY N° 2283: CREANDO EL CENTRO PARA EL PLAN DE INCLUSION PREVISIONAL "CE.P.I.P".-

LA CAMARA DE DIPUTADOS DE LA
PROVINCIA DE LA PAMPA
SANCIONA CON FUERZA DE
LEY:

Artículo 1°.- Créase el "CENTRO PARA EL PLAN DE INCLUSION PREVISIONAL", que en adelante en esta Ley se denominará "CE.P.I.P".-

Artículo 2°.- El CE.P.I.P. tendrá como finalidad brindar información, gestión y asesoramiento en materia previsional a las personas domiciliadas en la Provincia de La Pampa al momento de entrada en vigencia de la presente, y que estén en condiciones de jubilarse en el marco del artículo 6° de la Ley Nacional N° 25994, sus modificatorias, y decretos y resoluciones reglamentarios del mismo, cómo así también a las personas que se encuentren comprendidas en la Ley Nacional, N° 24476, sus reglamentaciones y complementarias, y otorgar la asistencia económica a que se refiere la Cláusula Decimoquinta del Convenio de fecha 3 de agosto de 2006; celebrado entre la Provincia de La Pampa y la Administración Nacional de la Seguridad Social sobre Cooperación Mutua.-

Artículo 3°.- El CE.P.I.P. estará a cargo de un funcionario que se denominará "COORDINADOR GENERAL DEL CE.P.I.P".-

Artículo 4°.- La estructura funcional del CE.P.I.P. se realizará conforme la organización que apruebe el Poder Ejecutivo y deberá prever como máximo la existencia de CUATRO COORDINACIONES DE AREAS, sujetándose a las misiones, competencias y funciones que se establezcan por vía reglamentaria.-

Artículo 5°.- Es decisión y responsabilidad exclusiva del COORDINADOR GENERAL, conjuntamente con los COORDINADORES DE AREAS, la elección y propuesta de contratación del personal necesario para la realización del objeto de la presente, bajo las modalidades que a continuación se señalan:

- Tratándose de profesionales, técnicos u operativos las contrataciones se realizarán bajo la modalidad de locación de servicios de la manera establecida en el artículo 34, inciso c), subinciso 5), apartado i) de la Ley N° 3, aplicándose para esta modalidad los mecanismos allí establecidos con las adecuaciones necesarias que se establezcan por vía reglamentaria. La contratación del personal propuesto deberá ser aprobada por Resolución Conjunta de los señores Ministros de Bienestar Social y de Hacienda y Finanzas.-

- En el caso de Pasantías de Formación Profesional Universitaria, se aplicará lo normado por la Ley Nacional N° 25165, sus

modificatorias y demás disposiciones reglamentarias y complementarias, la Ley Provincial N° 2268 y su Decreto Reglamentario N° 1110/06.-

- Para el caso de agentes pertenecientes a la Administración Pública Provincial se registrarán por su propia normativa legal.-

Artículo 6°.- Créase el concepto "Diferencia Plan de Inclusión Previsional" para todos aquellos sujetos beneficiarios de pensiones graciables provinciales a quienes se les conceda el beneficio a que se refiere la Ley N° 25994, cuando el monto establecido para la pensión sea superior al haber de la prestación previsional con la deducción de la amortización de la deuda según el plan elegido de la moratoria de dicha Ley y será igual a la diferencia entre ambas cantidades.-

El concepto que se crea por la presente tendrá carácter de subsidio y se percibirá mensualmente, cuando exista la diferencia a que se refiere el párrafo anterior, a partir del momento en que se reciba el primer pago de la prestación previsional hasta el vencimiento de la moratoria, según el plan elegido.-

Artículo 7°.- Facúltase al Poder Ejecutivo a contratar en forma directa, cualquiera fuese el monto, el alquiler del o los locales y/o adecuación de los mismos, como así también la adquisición de equipamiento, bienes y/o servicios necesarios para el cumplimiento del objetivo de la presente Ley.-

Artículo 8°.- El sistema instituido por la presente tendrá la duración prevista en el Convenio formalizado entre la Provincia de La Pampa y la Administración Nacional de la Seguridad Social (ANSES) sobre Cooperación Mutua que por la presente se aprueba.-

Artículo 9°.- Apruébase el Convenio de Colaboración formalizado con la Administración Nacional de la Seguridad Social (ANSES), de fecha 03 de agosto de 2006, que forma parte de la presente Ley.-

Artículo 10.- Créanse cinco (5) cargos de funcionario con la siguiente jerarquía presupuestaria: un (1) cargo de Coordinador General del CE.P.I.P. equivalente a la del cargo denominado "Subsecretario" de la escala de funcionarios vigentes de la Administración Pública Provincial, y cuatro (4) cargos de Coordinadores de Areas equivalente a la del cargo denominado "Director General" de la escala antedicha. Los cargos se eliminarán una vez concluidos los objetivos que generaron la creación del CE.P.I.P..-

Artículo 11.- El CE. P.I. P. funcionará en el ámbito del Ministerio de Bienestar Social y del Ministerio de Hacienda y Finanzas.-

Artículo 12.- El gasto que demande la atención de la presente Ley, se atenderá con

las partidas específicas del presupuesto vigente.-

Artículo 13.- La presente Ley comenzará a regir a partir de la fecha de su promulgación.-

Artículo 14.- Comuníquese al Poder Ejecutivo.-

DADA en la Sala de Sesiones de la Cámara de Diputados de la Provincia de La Pampa, en Santa Rosa, a los diecisiete días del mes dos mil seis.-

Prof. Norma Haydee DURANGO, Vicegobernadora de La Pampa Presidenta Cámara de Diputados Provincia de La Pampa.-
Dr. Mariano Alberto FERNANDEZ, Secretario Legislativo Cámara de Diputados Provincia de La Pampa.-

ANSES 062

CONVENIO ENTRE LA PROVINCIA DE LA PAMPA Y LA ADMINISTRACION NACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL SOBRE COOPERACION MUTUA

Entre el Gobierno de la Provincia de La Pampa, con domicilio en Centro Cívico de la Ciudad de Santa Rosa representado en este acto por el Señor Gobernador, Ing. Carlos Alberto VERNA, en adelante "LA PROVINCIA", y la ADMINISTRACION NACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL, con domicilio en la Avenida Córdoba 720 de la Ciudad de Buenos Aires, representada en este acto por su Director Ejecutivo, Sr. Sergio MASSA, en adelante "ANSES", convienen en celebrar el presente convenio de cooperación mutua para el cumplimiento de las funciones de sus respectivas competencias.-

PRIMERA: El objeto del presente consiste en generar las acciones necesarias que permitan generar un marco de cooperación conjunta para una mejora de la relación interadministrativa de las partes, a fin de facilitar el logro de sus objetivos estratégicos e institucionales.-

SEGUNDA: Las partes se obligan a brindar sus mejores esfuerzos para ejecutar los compromisos asumidos en el presente convenio, a los efectos de dar respaldo documental y apoyo técnico a las actividades administrativas, servicios y prestaciones que requieren de la mutua colaboración para un cumplimiento eficaz de las funciones propias de la Administración Pública Nacional y/o Provincial.-

TERCERA: Las partes se comprometen a establecer acciones conjuntas que permitan un adecuado y fluido intercambio de información, acordando para ello la implementación de un Proceso Central y compartiendo la responsabilidad en la metodología a emplearse

y los resultados obtenidos producto de los intercambios realizados emergentes del presente acuerdo.-

CUARTA: En virtud del presente acuerdo, y dentro de sus posibilidades LA PROVINCIA remitirá a ANSES información correspondiente a:

a) el padrón de los pasivos que son beneficiarios de sus regímenes;

b) el padrón de los titulares afiliados a Obras Sociales bajo jurisdicción provincial y el grupo familiar adherido de cada uno;

c) el padrón de los trabajadores activos que realicen aportes a -cualquier régimen previsional provincial;

d) el padrón de datos correspondientes a la operatoria del Registro Civil Provincial y sus delegaciones;

e) el padrón de la población escolarizada que, anualmente, se encuentren cursando el ciclo escolar en cualquier establecimiento educativo de su jurisdicción provincial y/o establecimientos educativos municipales de su provincia.-

QUINTA: En contra prestación, la ANSES se obliga a procesar y administrar los datos suministrados, conformando un Registro Unico Provincial, que permitirá cumplir adecuadamente con las funciones propias de la Administración Pública Provincial. Asimismo, ANSES se compromete a informar los errores detectados e incompatibilidades que puedan surgir del cruce con los datos de otros regímenes municipales, provinciales y/o nacionales; como así también, se compromete a depurar, sanear y perfeccionar los datos provinciales procesados, cuando le sea requerido por la provincia. -

SEXTA: LA PROVINCIA deberá remitir los datos comprometidos en la cláusula CUARTA en forma periódica -dependiendo del tipo de información a transmitir- y respetando el diseño de registro definido por ANSES para cada dato particular. Para esta finalidad, la ANSES deberá coordinar con el área pertinente del Gobierno Provincial el diseño a implementar.- SEPTIMA: LA PROVINCIA será responsable por la veracidad y autenticidad de la información enviada desde su base de datos oficiales a ANSES.-

OCTAVA: Para el envío de los datos comprometidos en la cláusula CUARTA, la ANSES otorgará a LA PROVINCIA una comunicación vía Conexión Directa, asignando para tal fin una clave de acceso al funcionario responsable del organismo o a quien éste designe en su reemplazo.-

NOVENA: Las partes se obligan a mantener la más estricta confidencialidad respecto de toda información a la que accedan como consecuencia del presente Convenio y a hacer respetar este deber por todos los dependientes que designen al efecto. Del mismo modo se obligan a utilizar la información exclusivamente a los fines del presente Convenio, adoptando las

medidas y acciones necesarias para asegurar que toda cesión de datos que pudiere disponerse a través de la instrumentación del presente Acuerdo, se ajuste a las disposiciones de la Ley N° 25.326 y del Decreto N° 1558/01.-

DECIMA: Las partes se obligan a dotar de seguridad a sus sistemas internos, de manera de garantizar protección, confidencialidad y privacidad de los datos de las personas físicas y/o jurídicas sobre las que se posea información de acuerdo a los estándares y normas de uso.-

DECIMA PRIMERA: Ambas partes se comprometen a establecer un esquema coordinado de asesoramiento, consulta, atención específica y armado de legajos para potenciales beneficiarios de las prestaciones fundadas en la aplicación de la Ley N° 25994 (Artículo 6°) y 24476 y normas reglamentarias que se inicien en virtud del PLAN DE INCLUSION PREVISIONAL. A tal efecto la PROVINCIA creará una oficina provincial, con la estructura administrativa que considere conveniente para el logro de los objetivos del presente convenio, comprometiéndose a:

- a) Locación, a su costo, de uno o más locales tendientes a habilitarlos para la atención al público y demás tareas necesarias a tal fin, los cuales funcionarán separados de la Administración Pública Provincial.-
- b) Afectar el personal necesario para esta tarea, quedando a su cargo las contrataciones que fuesen necesarias;
- c) Proveerá, a su costo, todo el equipamiento, bienes y servicios necesarios para su funcionamiento.-

La mencionada oficina iniciará sus actividades en un lapso no mayor de 30 días corridos a partir de la firma del presente convenio.-

DECIMA SEGUNDA: Dentro de las pautas de colaboración que coadyuven en a la consecución de los objetivos diagramados por el PLAN DE INCLUSION PREVISIONAL, el ANSES se compromete a brindar la capacitación necesaria para el personal previsto para su implementación.-

DECIMO TERCERA: ANSES brindará la PROVINCIA un equipo de agentes destinados a liderar la implementación y ejecución del PLAN. La PROVINCIA les brindará hospedaje y comida mientras dure el procedimiento.-

DECIMO QUINTA: LA PROVINCIA otorgará a favor de los potenciales beneficiarios previsionales que pudieran acceder a un beneficio por efecto de la Moratoria, un subsidio por el importe de la primera cuota del plan de pagos. A tal fin la PROVINCIA deberá contar

con partidas presupuestarias necesarias destinadas a atender dicho gasto.-

DECIMO SEXTA: La PROVINCIA se obliga a contratar el alquiler de un local sito en un radio comprendido entre la Av. Alsina, Marcelo T. de Alvear, 25 de Mayo, Av. San Martín y Villegas, todas en ambas caras, en la Ciudad de Santa Rosa, Provincia de La Pampa, con una superficie no menor de 500 m², debe contar con un 50 % como mínimo de dicha superficie en planta baja, con dos grupos sanitarios (damas y caballeros), el que será a su exclusivo costo y por el término de dos (2) años a fin de ser utilizado por la ANSES, para los fines que correspondan.-

DECIMO SEPTIMA: El presente convenio regirá por el término previsto en la Ley n° 25.994, pudiendo ambas partes rescindir el presente en todo o en parte sin expresión de causa. -

DECIMO OCTAVA: Las partes se someten a la competencia de la Justicia Federal, fijando sus domicilios en los indicados precedentemente, donde se considerarán válidas todas las notificaciones que se realicen.-

En prueba de conformidad se firman dos ejemplares de un mismo tenor y a un solo efecto en la Ciudad de Buenos Aires a los 3 días del mes de agosto de 2006.- Sergio T. MASSA, Director Ejecutivo.-

EXPEDIENTE N° 10248/06.-

SANTA ROSA, 22 de Agosto de 2006

POR TANTO:

Téngase por LEY de la Provincia; Dése al Registro Oficial y al Boletín Oficial, cúmplase, comuníquese, publíquese y archívese.-

DECRETO N° 1787/06.-

Ing° Carlos Alberto VERNA, Gobernador de La Pampa.- Sergio Raúl ZILIOTTO, Ministro de Bienestar Social.- C.P.N. Ernesto Osvaldo FRANCO, Ministro de Hacienda y Finanzas.-

SECRETARIA GENERAL DE LA GOBERNACION: 22 DE AGOSTO DE 2006.-

Registrada la presente Ley, bajo el número DOS MIL DOSCIENTOS OCHENTA Y TRES (2.283).-

Ing° Juan Ramón GARAY, Secretario General de la Gobernación.-

INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL

Resolución General N° 287/06

Expediente N° 57.628-4/06.-**Santa Rosa, 15 de Agosto de 2006****VISTO:**

La Ley N° 1.166, y

CONSIDERANDO:

Que por la citada ley se crea el Régimen Previsional por Muerte, Incapacidad, Accidente y Sepelio;

Que la administración del citado Régimen está a cargo del Instituto de Seguridad Social a través de la Dirección de Seguros;

Que a tal efecto y mediante Resoluciones Generales N° 14/00, 16/00 y N° 134/03, el Directorio de este Organismo, estableció Normas Reglamentarias;

Que a fin de evitar interpretaciones ambiguas en la aplicación de la Reglamentación vigente, como así también ampliar las posibilidades de nuevas contrataciones, deben tomarse los recaudos necesarios dictando el acto administrativo pertinente;

Que por razones operativas es conveniente determinar la fecha de puesta en vigencia de la presente;

Que en consecuencia corresponde derogar las Resoluciones Generales N° 14/00, N° 16/00, N° 134/03 y N° 186/04, por las que se aprueban las Normas Reglamentarias del citado Régimen Previsional;

Que la Ley 1.166 establece un régimen básico obligatorio y otro adicional optativo;

Que en virtud de lo expuesto y como consecuencia de la presente Resolución,

es conveniente, a través de la Dirección de Seguros, invitar a todos los entes públicos no adheridos a participar del presente régimen;

Que la presente se dicta en base a las facultades que le otorgan al Directorio la NJF N° 1.170 (t.o. 2.000), su Decreto Reglamentario y las leyes 1.166 y 1.184;

Que han intervenido Auditoría Interna y Asesoría Letrada del Organismo, no teniendo objeciones que formular;

POR ELLO:**EL DIRECTORIO DEL INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL****PROVINCIA DE LA PAMPA****R E S U E L V E**

ARTICULO 1º.- Apruébense las Normas Reglamentarias del Régimen Previsional por Muerte, Incapacidad, Accidente y Sepelio, creado por la Ley n° 1.166, que como Planilla Anexa I integra la presente Resolución General.

ARTICULO 2º.- La presente Reglamentación tendrá vigencia a partir de la hora cero (0) del día uno (1) de septiembre de dos mil seis.

ARTICULO 3º.- La Dirección de Seguros invitará a adherirse a este Régimen Previsional a todo Organismo Público contemplado en la Ley 1.166.-

ARTICULO 4º.- Deróganse las Resoluciones Generales N° 14/00, N° 16/00, N° 134/03 y N° 186/04 de fecha 21 de junio de 2000, 28 de junio de 2000, 24 de junio de 2003 y 30 de marzo de 2004 respectivamente y toda otra Resolución y/o Disposición que se oponga a la presente.

ARTICULO 5º.- Regístrese, publíquese, notifíquese y pase a la Dirección de Seguros a todos los efectos.

PLANILLA ANEXA I**TITULO I****NORMAS REGLAMENTARIAS DEL REGIMEN PREVISIONAL DE MUERTE, INCAPACIDAD, ACCIDENTE Y SEPELIO**

CAPITULO I – CONTINGENCIAS CUBIERTAS

CAPITULO II – PERSONAS COMPRENDIDAS

CAPITULO III – MONTO DE LOS CAPITALES A INDEMNIZAR

CAPITULO IV – DE LAS CONTRIBUCIONES Y SU INGRESO

- CAPITULO V – DE LOS BENEFICIARIOS
 CAPITULO VI – INDEMNIZACION POR MUERTE
 CAPITULO VII – INDEMNIZACION POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE
 CAPITULO VIII – INDEMNIZACION ADICIONAL POR ACCIDENTE
 CAPITULO IX – SUBSIDIO POR SEPELIO
 CAPITULO X – FONDO DE RESERVA
 CAPITULO XI – CONSIDERACIONES GENERALES

TITULO II

NORMAS REGLAMENTARIAS ESPECÍFICAS – ADHERENTES INDIRECTOS

- CAPITULO I – INDEMNIZACION ADICIONAL DE CONYUGE
 CAPITULO II – INDEMNIZACION ADICIONAL PARA EL GRUPO FAMILIAR

TITULO III

ANEXOS

- A - MONTO DE LOS CAPITALES A INDEMNIZAR
 B - CONTRIBUCIONES
 C - SOLICITUD DE SUSCRIPCIÓN AL CAPITAL OPTATIVO
 D - DECLARACION JURADA DE SALUD

TITULO I

NORMAS REGLAMENTARIAS DEL REGIMEN PREVISIONAL DE MUERTE, INCAPACIDAD, ACCIDENTE Y SEPELIO

CAPITULO I - CONTINGENCIAS CUBIERTAS

Artículo 1º- Contingencias Cubiertas: El presente régimen da derecho a percibir los siguientes beneficios:

- a) Indemnización por muerte.
- b) Indemnización por incapacidad total y permanente para desarrollar cualquier actividad remunerativa, en relación de dependencia o por cuenta propia, producida por enfermedad o accidente.
- c) Indemnizaciones adicionales por incapacidades parciales y permanentes por pérdidas anatómicas y/o inhabilidades funcionales causadas por accidente, incluida la muerte.
- d) Subsidio por sepeleo.

CAPITULO II – PERSONAS COMPRENDIDAS

Artículo 2º- Afiliados Obligatorios: Se consideran afiliados obligatorios las siguientes personas:

- a) Funcionarios y agentes de los Poderes Ejecutivo, Legislativo y Judicial.
- b) Funcionarios y agentes de los Organismos Descentralizados y Entes Autárquicos.
- c) Funcionarios y agentes de los Bancos Provinciales, mixtos u oficiales y de las empresas y sociedades en las que la Provincia tenga participación mayoritaria de capital.
- d) Jubilados, retirados y pensionados que perciban sus haberes en el Instituto de Seguridad Social.

Artículo 3º- Adherentes Directos: Se consideran adherentes directos aquellas personas que pueden optar por su inclusión en el presente régimen. Tales son:

Funcionarios y agentes de las Municipalidades y Comisiones de Fomento, inclusive los integrantes de los Cuerpos Deliberantes.

- a) Los productores, comerciantes e industriales a través de sus entidades intermedias.
- b) Los trabajadores en general a través de sus entidades intermedias.
- c) Los profesionales en general a través de sus entidades intermedias.

La Dirección de Seguros establecerá, en las condiciones reglamentarias, a quienes ofrecerá

las coberturas definidas en el Artículo 1°, así como las condiciones, requisitos, límites, etc.

Artículo 4º- Adherentes indirectos: Se consideran adherentes indirectos aquellas personas que pueden incorporarse al presente régimen, a solicitud de un afiliado obligatorio o adherente directo. Deben revestir respecto de estos últimos, el siguiente carácter o vínculo:

- a) Cónyuge y/o persona conviviente en relación concubinaria.
- b) Hijo natural o adoptivo, hijastro o persona entregada en tenencia o guarda por decisión judicial, nacional o provincial, u otorgada por los Servicios Nacionales o Provinciales de la Minoridad, que sean menores de 21 años, o sin límite de edad si son incapacitados.
- c) Padres, naturales o adoptivos, que convivan con hijos solteros.

La Dirección de Seguros establecerá en las condiciones reglamentarias a quienes ofrecerá las coberturas definidas en el Artículo 1°, así como las condiciones, requisitos, límites, etc.

Artículo 5º- Menores de Edad: Los menores de edad podrán ampararse como afiliados obligatorios o adherentes directos, siempre que sean mayores de catorce (14) años, designen como beneficiarios a sus ascendientes y abonen la contribución con el producto de su trabajo o del ejercicio de su profesión. Los menores emancipados podrán designar libremente a sus beneficiarios. Los menores pensionados, mayores de catorce (14) años y no emancipados, siempre que designen como beneficiario a su ascendiente sobreviviente o, en ausencia de éste, a sus hermanos.

Artículo 6º- Período de carencia: Los beneficios por muerte, incapacidad total y permanente o subsidio por sepelio, estarán sujetos a un período de carencia de seis (6) meses con contribuciones pagas, a contar desde la fecha de incorporación. Durante este período, si ocurriera una contingencia generadora de derecho a indemnización, la Dirección de Seguros no está obligada a reconocerlo, excepto que sea consecuencia de un accidente.

CAPITULO III - MONTO DE LOS CAPITALES A INDEMNIZAR

Artículo 7º- Capital Básico Obligatorio: El monto del capital básico obligatorio será el que se fija en el Anexo A de las presentes Normas Reglamentarias.

Artículo 8º- Capital Adicional Optativo: El monto establecido en el artículo 7º podrá

incrementarse mediante la suscripción de un capital adicional optativo, que se definirá en función del sueldo, de acuerdo a la escala que figura en el Anexo A de las presentes Normas Reglamentarias.

Para la incorporación al Capital Adicional Optativo, el afiliado y/o el cónyuge en su caso, estén o no incorporados con anterioridad al capital Básico Obligatorio previsto en el artículo 7º precedente, deberán completar la Solicitud de Suscripción y la Declaración Jurada según los formularios especiales que a ese efecto proporcione la Dirección de Seguros y que como Anexos C y D se incorporan a la presente.

La Dirección de Seguros contará con sesenta (60) días, desde el ingreso en la misma del formulario mencionado, para aceptar o rechazar la incorporación del agente al Capital Adicional Optativo.

La Dirección de Seguros está facultada para rechazar las incorporaciones al Capital Adicional Optativo que se soliciten, sin expresión de causa y con simple disposición de la Gerencia y notificará al afiliado.

Si, producida la contingencia de incapacidad o muerte, se advirtiere que hubo falsedad u omisión en la Declaración Jurada presentada por el afiliado, caducará automáticamente el derecho del mismo o de sus derechohabientes a percibir el Capital Adicional Optativo.

Los capitales adicionales, sólo podrán ser suscriptos para ellos y sus cónyuges o personas convivientes en relación concubinaria, por los funcionarios y agentes mencionados en los incisos a) b) y c) del Artículo 2º e inciso a) del Artículo 3º de ésta reglamentación, que se encuentren en actividad.

En ningún caso podrán hacerlo las personas cubiertas por este régimen, en calidad de integrantes del sector pasivo.

Para la determinación del sueldo se computarán, únicamente, el haber básico y los adicionales de carácter permanente sujeto a descuentos jubilatorios. Se excluyen del concepto de sueldo todos los adicionales especiales de carácter transitorio, estén o no sujetos a descuentos jubilatorios.

Artículo 9º- Cómputo del capital para abonar las indemnizaciones: En todos los casos el capital que se abonará en concepto de indemnización, será aquél que fue utilizado como base para el cálculo de las contribuciones, o sea el correspondiente al mes inmediato anterior al de la contingencia. Para tener derecho al reclamo de intereses resarcitorios y/o actualizaciones, deberá probarse la mora o

negligencia de la Dirección de Seguros, en la resolución del trámite correspondiente.

En ningún caso el afiliado o adherente podrá duplicar a su favor la misma cobertura, aún cuando ocupe varios cargos en la Administración Pública. Si se hallare comprendido en dicha situación, deberá comunicarlo inmediatamente a sus agentes de retención o a la Dirección de Seguros.

CAPITULO IV - DE LAS CONTRIBUCIONES Y SU INGRESO.

Artículo 10º- Alícuotas aplicables: Las alícuotas mensuales a aplicar sobre los capitales, determinados de acuerdo con lo establecido en los artículos 7º y 8º, serán las tasas que se detallan en el Anexo B de las presentes Normas Reglamentarias.

Artículo 11º- Ingreso o pago de las contribuciones: Las contribuciones calculadas de acuerdo con el Artículo 10º, deberán ser abonadas por la Entidad Contratante a la que pertenece el Afiliado, en forma adelantada, ya sea depositándolas en la cuenta corriente bancaria habilitada por la Dirección de Seguros, o girándolas a su domicilio antes del día 10 de cada mes.

En el caso del personal en relación de dependencia y pensiones del sector pasivo, los importes retenidos de sus haberes le otorgarán la cobertura de este régimen en el mes siguiente al que correspondan los haberes, teniendo en cuenta el período de carencia establecido por el artículo 6º de las presentes Normas Reglamentarias.

Para los agentes jubilados y retirados, los importes retenidos de sus haberes le otorgarán la cobertura de este régimen, en el mes siguiente al que correspondan los haberes.

Mientras dure el período de prueba que menciona el Artículo 27º, deberá continuarse con el pago de las contribuciones, bajo pena de perder el derecho a la indemnización, si se interrumpen dichos pagos.

Artículo 12º- Plazo de gracia: Si a los treinta (30) días de vencido el plazo otorgado por el Artículo 11º, no se hubiere depositado o abonado el importe de las contribuciones retenidas o recaudadas, caducarán los derechos emergentes de la cobertura otorgada por el presente Régimen, quedando a cargo de las Entidades Contratantes las indemnizaciones de las contingencias que ocurran durante el período en mora.

Artículo 13º- Rehabilitación de la cobertura: Para la rehabilitación de los derechos suspendidos por la mora incurrida en el pago de las contribuciones, deberá abonarse la totalidad de las sumas adeudadas con más sus recargos por actualizaciones e intereses, en una sola vez. Esta disposición no es aplicable en caso de

haberse producido una contingencia generadora de derecho a indemnización en el período adeudado, en cuyo caso será de aplicación el artículo anterior.

Artículo 14º- Reintegro de contribuciones: Si durante el período de carencia ocurriese una contingencia, la Dirección de Seguros deberá efectuar la devolución de las contribuciones ingresadas.

Igual procedimiento se seguirá en el caso de que para un afiliado obligatorio o adherente directo se comprobare una duplicidad de descuentos por una misma cobertura.

Artículo 15º- Franquicia a jubilados: Un agente que renuncie a su cargo para acogerse a los beneficios jubilatorios, seguirá amparado por el presente Régimen, únicamente por el capital instituido en el Artículo 7º de estas normas y, solamente, en el caso de muerte, aún cuando no hayan ingresado las correspondientes contribuciones. La totalidad de las contribuciones por los meses transcurridos, le serán retenidas de la primera liquidación.

CAPITULO V - DE LOS BENEFICIARIOS

Artículo 16º- Designación: El afiliado o adherente podrá designar libremente a sus beneficiarios, es decir a la o las personas que percibirán la indemnización prevista en los incisos a), c) y d) del artículo 1º, que se abonará una vez producido el fallecimiento del titular. De omitirse la designación del o de los beneficiarios o, en caso de fallecimiento de éstos con anterioridad al afiliado o adherente, se abonará la indemnización a los herederos forzosos del Afiliado o Adherente. En caso de que el fallecimiento del o de los Beneficiarios, sea posterior, la indemnización se abonará a los herederos de éstos.

No existiendo beneficiarios ni herederos o vencido el plazo legal para reclamar el importe, las sumas de las indemnizaciones correspondientes se adicionarán a las utilidades de la Dirección de Seguros. Cuando en este artículo se hace referencia a los herederos, la liquidación se hará conforme a lo establecido para la herencia de los bienes propios, Libro IV, Sección I, Título IX, Capítulos I, II, III, IV y V del Código Civil.

En el caso de los adherentes, lo arriba estipulado deberá estar en un todo de acuerdo con las limitaciones previstas en la reglamentación específica.

Artículo 17º- Nulidad del beneficiario: Es nula la designación si se comprobare que el beneficiario es autor o cómplice de la muerte del afiliado o adherente, por sentencia judicial firme. Cuando existieran varios beneficiarios, tal nulidad operará únicamente en la parte

correspondiente al autor o cómplice de la muerte del titular y la indemnización se distribuirá entre los restantes beneficiarios, de acuerdo con lo establecido en el artículo 19° de este Capítulo.

Artículo 18°- Cambio de beneficiario: En cualquier momento el afiliado o adherente podrá cambiar la designación del beneficiario instituido, debiendo comunicarlo por escrito a la Dirección de Seguros. Para esta última, esa voluntad tendrá efecto a partir de la fecha en que le sea notificada fehacientemente. En lo que se refiere a los adherentes, deberán respetarse las limitaciones establecidas en las reglamentaciones específicas.

Artículo 19°- Distribución del Beneficio: En caso de designarse dos o más beneficiarios y producida la muerte del titular, el beneficio de la indemnización será distribuido según los porcentajes que éste haya dispuesto. Si no hubiere fijado proporciones se entenderá que corresponden partes iguales para los beneficiarios instituidos. Si existiera divergencia o falta de conformidad entre éstos, se consignará judicialmente el importe de la indemnización para que, en esta instancia, se resuelva la porción que le corresponderá a cada uno.

Artículo 20°- Designación por afiliado o adherente analfabeto o impedido para firmar: El afiliado o adherente analfabeto o impedido para firmar por cualquier causa, designará sus beneficiarios mediante acta ante Juez de Paz, autoridad policial competente o de la Dirección de Seguros, la que será firmada a ruego por dos testigos hábiles de su confianza. Tal designación se considerará nula, exclusivamente para los analfabetos, si en el Acta mencionada no constan la impresión digital del afiliado o adherente y/o se comprueba que él o los firmantes, con respecto de éstos, revisten alguno de los siguientes estados:

- a) Beneficiario.
- b) Superior Jerárquico.

Artículo 21°- Beneficiarios menores de edad: Si el o los beneficiarios instituidos fueran menores de edad, el afiliado o adherente podrá designar a una o más personas mayores de edad (padre, tutor, representante legal, etc.) para que, en nombre de aquellos, perciban el beneficio correspondiente. Cuando no existiera esta designación, el padre o la madre, en ejercicio de la patria potestad, están habilitados a percibirlo con la previa acreditación del vínculo.

Los menores de edad emancipados, por matrimonio o habilitación, podrán cobrar directamente el importe del beneficio.

CAPITULO VI - INDEMNIZACION POR MUERTE

Artículo 22°- Pago de la indemnización: Producido el fallecimiento del afiliado o de los adherentes, la Dirección de Seguros abonará el beneficio a la o las personas designadas como beneficiarias.

La Entidad Contratante o los beneficiarios comunicarán a la Dirección de Seguros tal circunstancia a la brevedad posible, acompañando la siguiente documentación:

- a) Solicitud de liquidación del beneficio con datos y firmas debidamente certificados.
- b) Testimonio o certificado de defunción.
- c) Declaración manuscrita del médico que asistió al afiliado o adherente antes del deceso o que certificó su muerte, la que podrá omitirse si en el documento mencionado en el inciso b) precedente, constare su causa.
- d) Testimonio de cualquier actuación sumarial que se hubiera instruido por el hecho de la muerte, salvo que razones procesales lo impidan.

En caso de producirse la situación contemplada en el Artículo 16°, los derecho habientes allí mencionados solicitarán mediante nota, la liquidación del beneficio adjuntando la Declaratoria de Herederos y la documentación indicada en los incisos b), c) y d) precedentes, según corresponda.

Recibida de conformidad la documentación presentada y aceptado el derecho a indemnización, la Dirección de Seguros pondrá el monto del beneficio a disposición del o de los beneficiarios o derecho habientes, según corresponda.

Los datos consignados en la denuncia de la contingencia y demás información complementaria que sea suministrada, revestirán el carácter de Declaración Jurada.

Cuando la muerte sea consecuencia de un accidente, homicidio o presunción de suicidio, los beneficiarios o derecho habientes deberán acreditar, fehacientemente, que no tuvieron participación directa o indirecta en el hecho.

Artículo 23°- Casos no cubiertos: El afiliado o adherente estará cubierto por este Régimen, sin restricciones en cuanto a residencias y viajes que pueda realizar, tanto dentro como fuera del país. Sin embargo, la Dirección de Seguros no abonará la indemnización cuando el fallecimiento se produjera como consecuencia de:

- a) Situaciones de guerra en las que no intervenga la Nación Argentina, salvo

que el afiliado o adherente estuviera cumpliendo funciones propias de su cargo. Si el Estado Argentino participara en conflictos bélicos, las obligaciones del afiliado o adherente como, así también las de la Dirección de Seguros, se ajustarán a las normas que, en tal emergencia, dictaren las autoridades competentes.

- b) Actos de rebelión, guerrilla, sedición, motín, terrorismo, huelga o tumulto popular, cuando el afiliado o adherente hubiera participado como elemento activo.
- c) Participación en asociaciones delictivas o aplicación legítima de la pena de muerte.
- d) Participación en duelos o riñas, salvo que se tratase de legítima defensa.
- e) Práctica o uso de la navegación aérea, salvo como pasajero en líneas regulares u otras ascensiones aéreas o aladeltismo.
- f) Intervención como conductor o acompañante en competencias de pericias o velocidad con vehículos mecánicos, eléctricos o de cualquier naturaleza.
- g) Participación en viajes o prácticas deportivas submarinas, o subacuáticas o escalamientos de montañas.
- h) Casos de contingencias derivadas de inundaciones, maremotos, terremotos, epidemias, acontecimientos catastróficos originados por la energía atómica u otros desastres similares en los que se seguirá un criterio idéntico al expresado en la parte final del inciso a) precedente.

Artículo 24º- Presunción de fallecimiento: Cuando el afiliado o adherente sea declarado judicialmente ausente con presunción de fallecimiento, la Dirección de Seguros abonará el beneficio correspondiente.

CAPITULO VII - INDEMNIZACION POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

Artículo 25º- Concepto: La Dirección de Seguros concederá el beneficio establecido por el Artículo 1º inciso b) al afiliado o adherente cuyo estado de incapacidad total y permanente alcance al sesenta y seis por ciento (66%) de su capacidad laborativa, sea consecuencia de enfermedad o accidente y no le permita desempeñar, por cuenta propia o en relación de dependencia, cualquier actividad remunerativa, siempre que tal estado haya continuado ininterrumpidamente por tres (3) meses como mínimo, se hubiera iniciado durante la vigencia de la cobertura y antes que se haya acogido a los beneficios de la jubilación. Se excluyen,

expresamente, aquellos casos que lo afecten en forma parcial o temporal.

Artículo 26º- Denuncia y comprobación de la incapacidad: Corresponde al afiliado, adherente o a su representante:

- a) Denunciar la existencia de la incapacidad dentro de los plazos legales.
- b) Presentar las constancias médicas y/o testimoniales de su comienzo y causa.
- c) Facilitar cualquier comprobación o aclaración, incluso exámenes médicos, por facultativo designado por la Dirección de Seguros con gastos a cargo de ésta última.
- d) Adoptar todas las medidas posibles conducentes a disminuir el grado de la incapacidad.

Artículo 27º- Período de prueba: La Dirección de Seguros dentro de los noventa (90) días de recibida la denuncia o constancias a que se refiere el artículo anterior, contados desde la fecha que sea posterior, deberá notificar al afiliado sobre la aceptación, postergación o rechazo del otorgamiento del beneficio. Si de las comprobaciones efectuadas no resultare concluyente el carácter total o permanente de la incapacidad, la Dirección de Seguros podrá ampliar el período de prueba por un término no mayor de seis (6) meses contados a partir del vencimiento del plazo anterior, a fin de confirmar el diagnóstico definitivo.

Artículo 28º- Casos no cubiertos: La Dirección de Seguros no indemnizará la incapacidad cuando se produzca por alguna de las causas estipuladas en el Artículo 23º o por:

- a) Tentativa de suicidio voluntario del afiliado, salvo que haya estado cubierto, ininterrumpidamente, durante un (1) año como mínimo.
- b) Dolo o culpa grave del afiliado o adherente.
- c) Actos notoriamente peligrosos que no estén justificados por ninguna necesidad profesional, salvo en caso de tentativa de salvamento de vidas o bienes.
- d) Abuso de alcohol, drogas, estupefacientes o estimulantes.
- e) Práctica o uso de la navegación aérea, salvo como pasajero en líneas regulares u otras ascensiones aéreas o aladeltismo.

Artículo 29º- Terminación de la cobertura: La cobertura de incapacidad total y permanente prevista en este capítulo, cesará para cada Afiliado o Adherente en la primera de las siguientes circunstancias:

- a) partir del momento en que se haya percibido la indemnización correspondiente.
- b) Al caducar el certificado individual por cualquier causa.
- c) Al alcanzar la edad de sesenta y cinco (65) años.
- d) Al dejar de estar al servicio de la entidad contratante, ya sea debido a trámites jubilatorios o por cualquier otra causa.

En el caso estipulado en el inciso d) del presente Artículo, el afiliado o adherente sólo podrá reclamar el beneficio por incapacidad total y permanente si demostrase, fehacientemente, que su afección proviene de hechos ocasionados durante la prestación de servicios a favor de aquella. Cuando existiera ese derecho, el afiliado deberá efectuar el reclamo dentro de los seis (6) meses posteriores a su separación o renuncia definitiva.

Si se tratase de una incapacidad transitoria, con reexamen posterior, se tomará como inicio para el cómputo de los seis (6) meses la fecha en la cual la incapacidad se transforma en total y permanente. Este plazo no deberá superar los dos años contados a partir de la baja del agente al sector activo.

El capital indemnizable será el que le hubiese correspondido a la fecha de baja del agente al sector activo.

Artículo 30º- Pago del beneficio: La Dirección de Seguros, luego de comprobada la invalidez, abonará al afiliado o adherente el monto de la indemnización, determinado de acuerdo con el artículo 7º y 8º.

En caso de invalidez por insanía, la Dirección de Seguros pagará el importe al curador designado judicialmente.

Artículo 31º- Carácter del beneficio: El beneficio acordado por invalidez total y permanente, es sustitutivo de la indemnización en caso de muerte, de modo que, con el pago del importe al que se refiere el Artículo 30º, la Dirección de Seguros queda liberada de cualquier otra obligación con respecto al afiliado o adherente incapacitado.

CAPITULO VIII - INDEMNIZACION ADICIONAL POR ACCIDENTE

En caso de Pérdida:

	PERDIDA DE	DOS	UNO	
			Derecho	Izquierdo
a)	Ojos	100%	40%	40%
b)	Manos	100%	60%	48%
c)	Pies	100%	40%	40%

Artículo 32º- Concepto: La Dirección de Seguros concederá el beneficio acordado en el artículo 1º inciso c), a los afiliados o adherentes que fallezcan o sufran las consecuencias de pérdidas anatómicas y/o inhabilidades funcionales como consecuencia directa y exclusiva de causas externas violentas y fortuitas, ajenas a toda otra causa e independiente de su voluntad. Para ello es necesario que estas revistan el carácter de irreversibles por tratamiento médico y/o quirúrgico y sean experimentadas dentro de los ciento ochenta (180) días del suceso o accidente y siempre que este ocurra durante la vigencia del beneficio y antes que se haya acogido a los beneficios de la jubilación. Se excluyen expresamente los casos que sean consecuencia de enfermedades o infecciones de cualquier naturaleza.

Artículo 33º- Comprobación del accidente: Corresponde al afiliado, adherente, sus representantes o a los beneficiarios instituido:

- a) Denunciar el accidente dentro de los plazos legales.
- b) Suministrar pruebas sobre la fecha y las causas del accidente, de la manera y del lugar donde se produjo.
- c) Presentar las constancias médicas y/o testimoniales de su comienzo y causa.
- d) Facilitar cualquier comprobación o aclaración, incluso exámenes médicos, por facultativo designado por la Dirección de Seguros, con gastos a cargo de esta última.
- e) Adoptar todas las medidas posibles conducentes a disminuir las consecuencias del accidente.

La Dirección de Seguros en caso de muerte del afiliado, se reserva el derecho de gestionar la exhumación del cadáver y practicar la autopsia en presencia de uno de sus facultativos, con gastos a cargo de la misma.

El beneficiario prestará su conformidad para la obtención de las correspondientes autorizaciones para realizarlas.

Artículo 34º- Porcentajes de Indemnización: La Dirección de Seguros, una vez comprobado el accidente, abonará al afiliado, adherente o al beneficiario instituido el porcentaje del capital indemnizable que establece la escala siguiente:
En caso de Fallecimiento: 100%

d) Brazos	100%	65%	52%
e) Piernas	100%	55%	55%

Dedos Manos:

f) Pulgar	18%	14%
g) Índice	14%	11%
h) Medio	9%	7%
i) Anular	8%	6%
j) Meñique	8%	6%

Dedos Pies:

k) Pulgar	8%	4%
l) Otro	4%	4%

En caso de constar en la solicitud individual que el afiliado o adherente haya declarado ser zurdo se invertirán los porcentajes de indemnizaciones fijadas por las pérdidas en los miembros superiores.

Con respecto a brazos, manos, piernas, pies y dedos, se entiende por pérdida la amputación o la inhabilitación funcional completa y definitiva de los mismos; en cuanto a los ojos, consiste en la pérdida de la vista de manera total e irrecuperable por tratamiento médico y/o quirúrgico.

La pérdida de las falanges de los dedos será indemnizada únicamente cuando se haya producido por amputación total y la indemnización será igual a la mitad de la que corresponda por pérdida de dedo entero si la falange fuera del pulgar y a la tercera parte, por cada falange de cualquier otro dedo.

En el caso de varias pérdidas en uno o más accidentes, la Dirección de Seguros abonará la indemnización que corresponda a la suma de los respectivos porcentajes. Cuando esa suma sea del ochenta por ciento (80%) o más, se pagará la indemnización máxima prevista por esta cláusula que es del 100% del capital indemnizable.

Si las consecuencias de un accidente ya indemnizado se agravaran, y durante el transcurso de los doce (12) meses siguientes a la fecha del accidente, ocasionaran otra u otras pérdidas o la muerte, la Dirección de Seguros pagará cualquier diferencia que pudiera corresponder, sin excederse al máximo del capital indemnizable.

Artículo 35º- Casos no cubiertos: La Dirección de Seguros no indemnizará los accidentes que se produzcan por alguna de las causas estipuladas en el Artículo 23º o por:

- Tentativa de suicidio voluntario del afiliado o adherente.
- Intervención quirúrgica no motivada por accidente.
- Enfermedades o infecciones de cualquier naturaleza.

- Dolo o culpa grave del afiliado o adherente.
- Actos notoriamente peligrosos que no estén justificados por ninguna necesidad profesional, salvo en caso de tentativa de salvamento de vida o bienes.
- Abuso de alcohol, drogas, estupefacientes o estimulantes.
- Inhalación de gases o envenenamientos de cualquier naturaleza.
- Práctica o uso de la navegación aérea, salvo como pasajero en líneas regulares, u otras ascensiones aéreas o aladeltismo.

Artículo 36º- Terminación de cobertura: La cobertura del accidente prevista en este Capítulo, cesará para cada afiliado o adherente en las siguientes circunstancias:

- A partir del momento en que se hayan percibido indemnizaciones equivalentes al capital indemnizatorio por parte de la Dirección de Seguros dentro de este régimen y de acuerdo a las disposiciones establecidas en este Capítulo.
- Al producirse la incapacidad total y permanente del afiliado o adherentes.
- Al caducar el certificado individual por cualquier causa.
- Al alcanzar la edad de sesenta y cinco (65) años.
- Al dejar de estar al servicio de la entidad contratante, ya sea debido a trámites jubilatorios o por cualquier otra causa.

Artículo 37º- Carácter del Beneficio: El beneficio previsto por accidente es adicional e independiente de los demás beneficios acordados y por lo tanto, la Dirección de Seguros no hará por este concepto deducción alguna del beneficio por fallecimiento o invalidez.

CAPITULO IX - SUBSIDIO POR SEPELIO

Artículo 38°- Casos cubiertos: Esta indemnización tiene por finalidad atender aquellos fallecimientos de personas cubiertas en los Artículos 2° y 3° de esta reglamentación, con domicilio real en la Provincia de La Pampa y ocurridos fuera de la jurisdicción de la misma.

Artículo 39°- Porcentaje de la Indemnización: La Dirección de Seguros abonará, a los beneficiarios de los afiliados o adherentes que reúnan las condiciones del artículo anterior, una suma equivalente al veinte por ciento (20%) del capital previsto en el Artículo 7°.

CAPITULO X - FONDO DE RESERVA

Artículo 40°- Encaje: La Dirección de Seguros mantendrá un encaje equivalente a la recaudación total por este régimen, correspondiente al mes anterior, para la atención de las indemnizaciones generadas en el mes siguiente. A pedido del Directorio del Instituto de Seguridad Social, el Poder Ejecutivo podrá disponer aumentos o disminuciones en este encaje.

Artículo 41°- Respaldo de encaje: Cuando el encaje fijado resultara insuficiente para cubrir el monto de las indemnizaciones generadas, la Dirección de Seguros procederá a adelantar los fondos necesarios para su liquidación y pago, con cargo a la provisión efectuada para el Fondo de Reserva.

Artículo 42°- Ordenamiento contable administrativo: Facúltase al Directorio del Instituto de Seguridad Social, para autorizar a la Gerencia respectiva de la Dirección de Seguros, a preparar e implementar el ordenamiento contable - administrativo de este régimen y el cumplimiento de los encajes y reservas que deban efectuarse.

CAPITULO XI - CONSIDERACIONES GENERALES

Artículo 43°- Magnitud del aporte o descuento: Los descuentos de los aportes que deban efectuarse por este Régimen no serán a prorrata en función de los días trabajados, sino que comprenderá la totalidad del capital indemnizable definido en los artículos 7° y 8°.

Artículo 44°- Suministro de Información: Los afiliados, adherentes y Entidades Contratantes, en cuanto sea razonable, estarán obligados a suministrar todas las informaciones necesarias para el cabal cumplimiento del presente Régimen, tales como fechas de nacimiento, de ingreso y egreso del empleado, sueldos, pruebas, certificaciones y cualquier otra información que se relacione con la cobertura.

Si ésta información resultare errónea, la Dirección de Seguros no se obliga a abonar la suma que hubiere a su cargo, hasta tanto se rectifique con la documentación correspondiente dicha situación.

Artículo 45°- Ficha individual: El afiliado o adherente directo deberá llenar una ficha individual en formulario proporcionado por la Dirección de Seguros, que será remitida a ésta por el Organismo en el cual presta servicios. Para su confección o inserción de datos se deberán tener en cuenta:

- a) En ningún caso el afiliado o adherente directo podrá suscribir más de una ficha, aún cuando desempeñe varios cargos en la Administración Pública, ni podrá duplicar la misma cobertura dentro de este Régimen.
- b) Esta ficha revestirá el carácter de Declaración Jurada. No podrá contener omisiones, enmiendas ni raspaduras que no sean debidamente salvadas por el mismo afiliado o adherente directo.
- c) Las fichas deberán estar certificadas por los funcionarios autorizados del Organismo en el cual presta servicios el agente, quienes son responsables en la medida de su conocimiento, de la exactitud de los datos y de la veracidad de las declaraciones formuladas. Para el caso de afiliados del sector pasivo, los responsables serán los funcionarios del Instituto de Seguridad Social de la Provincia, debidamente autorizados para estos casos.
- d) Cada ficha constará de dos cuerpos divisibles. Los mismos serán enviados por el Organismo empleador a la Dirección de Seguros que, una vez intervenidos, devolverá a aquél el cuerpo dos (2) para ser entregado al afiliado o adherente directo como constancia de su Incorporación al presente Régimen. El cuerpo uno (1) quedará en poder de la Dirección de Seguros.

Artículo 46°- Movimiento de altas y bajas: Las habilitaciones o departamentos liquidadores de sueldos de cada Organismo o Repartición y Entes adheridos, se encargarán de confeccionar y remitir mensualmente a la Dirección de Seguros los formularios de solicitudes individuales del personal que ingrese, así como los de altas y bajas, declarando los movimientos producidos en el mes inmediato anterior.

Por ALTA se entiende:

- a) El ingreso de nuevos agentes.
- b) La incorporación de los agentes permutados o trasladados de otros Organismos.

- c) La reincorporación de ex-agentes o agentes que hicieron usos de licencias extraordinarias sin goce de haberes.
- d) Para el Instituto de Seguridad Social serán además, los agentes que pasen a revestir el carácter de miembros pasivos.

Por BAJA se entiende toda desvinculación laboral producida por:

- a) Permuta o traslado del agente a otros organismos.
- b) Acogerse el afiliado o adherente directo a los beneficios de la jubilación.
- c) Hacer uso de licencias extraordinarias sin goce de haberes, excepto que el afiliado o adherente directo continuare abonando las contribuciones en forma personal a la Dirección de Seguros.
- d) Fallecimiento del agente.
- e) Renuncia, cesantía o cualquier otro motivo por el cual el agente deje de prestar servicios.

Artículo 47°- Plazos para comunicar:

Producida una contingencia cualquiera de las cubiertas por este Régimen, el afiliado, los adherentes, los beneficiarios o quien los represente, o el empleador, deberán comunicar tal circunstancia a la Dirección de Seguros, dentro de los plazos legales.

Artículo 48°- Prestación por períodos cortos:

El empleador que, por las características de su función, tuviera altas y bajas constantes en su personal, por períodos mayores a diez (10) días alternados o cinco (5) días consecutivos dentro del mes, procederá de la siguiente manera:

- a) Al liquidar los haberes correspondientes al primer lapso trabajado, dentro de cada mes, se descontará el importe de la contribución del mes completo.
- b) Cuando para un agente cualquiera que revista en las características de personal transitorio, se produjeran dos o más suplencias o reingresos a la actividad, dentro de un mismo mes, se descontará la contribución mensual sólo una vez y siempre que se superen los períodos exigidos por este artículo.
- c) Si este reingreso o suplencia se produjera en períodos mayores que un mes, deberá hacerse figurar en la planilla de altas y bajas del mes en que ocurran tales movimientos.

Artículo 49°- Cómputo de plazos: Cuando en esta reglamentación se hace referencia a días y no se especifica, en cada caso, se entenderán como hábiles administrativos. El incumplimiento de los plazos establecidos para la denuncia de

las contingencias generadoras de derecho a indemnización, como para el suministro de información o presentación de documentación, eximirá a la Dirección de Seguros de reconocer actualizaciones e intereses por las sumas de dinero que le corresponda abonar.

Artículo 50°- Forma y plazo para solicitar la incorporación al sistema:

Todo afiliado que desee incorporarse a los capitales facultativos de este sistema, deberá solicitarlo por escrito en las fichas individuales que a este efecto proporciona la Dirección de Seguros. La solicitud deberá formularla en un plazo máximo de un mes, contados desde la fecha en que estuviera habilitado para hacerlo.

Los afiliados que soliciten su incorporación a este sistema fuera del término indicado, como así también los que soliciten su reincorporación luego de haber petitionado su baja, deberán previamente cumplimentar las pruebas médicas y/o los requisitos de salud que le determine la Dirección de Seguros y pagar los gastos que se originen para obtenerlas, a fin de que ésta considere su solicitud.

Cumplidos los requisitos que se establecieron y siempre que resultaren satisfactorios a juicio de la Dirección de Seguros, el afiliado quedará incorporado al sistema desde la fecha que prevé el Artículo 6° de esta reglamentación.

Artículo 51°- Plazo de Caducidad:

Las acciones fundadas en este régimen caducan al año de ser exigible la obligación correspondiente. Para el beneficiario el plazo de caducidad se computa desde que conozca la existencia del beneficio, pero en ningún caso excederá de DOS (2) años desde el nacimiento de su derecho a la prestación por parte de la Dirección de Seguros.

Artículo 52°- Intransferibilidad de certificados:

Las coberturas establecidas por este Régimen, son intransferibles. En consecuencia, toda cesión de certificados se considerará nula y sin valor alguno.

Artículo 53°- Obligaciones de los distintos Entes:

Además de las obligaciones enunciadas, los distintos Entes acogidos a este Régimen, deberán enviar mensualmente y junto con la boleta de depósito o giro respectivo, el listado con el detalle de los afiliados o adherentes y contribución descontada a cada uno.

Artículo 54°- Casos no previstos:

Cualquier situación no prevista en la presente Reglamentación, será analizada y resuelta por la Dirección de Seguros.

TITULO II

NORMAS REGLAMENTARIAS ESPECÍFICAS – ADHERENTES INDIRECTOS

Artículo 55°- Cobertura: La Dirección de Seguros se reserva el derecho a definir a quienes otorgará cobertura como adherentes indirectos y qué coberturas prestará.

Artículo 56°- Adicionales: Inicialmente y en forma adicional a las coberturas para los afiliados obligatorios -Artículo 2° inciso a), b), c)- y los adherentes directos definidos en el Artículo 3° inciso a), la Dirección de Seguros ofrecerá las siguientes coberturas para adherentes indirectos: "Indemnización adicional al cónyuge" e "Indemnización adicional al grupo familiar" del afiliado conforme con lo establecido en los siguientes capítulos.

CAPITULO I - INDEMNIZACION ADICIONAL DE CONYUGE

Artículo 57°- Concepto: Esta indemnización es de carácter facultativo y tiene por objeto cubrir al cónyuge y/o persona conviviente en relación concubinaria del afiliado o adherente directo, única y exclusivamente contra la contingencia de muerte.

Artículo 58°- Adhesión a la Cobertura: El afiliado o adherente directo, en los formularios proporcionados al efecto, consignará los nombres y apellidos de su respectivo cónyuge y/o persona conviviente en relación concubinaria, el tipo y número de documento, fecha de nacimiento, etc., e informará a la Dirección de Seguros de cualquier circunstancia que afecte su estado civil.

Artículo 59°- Imposibilidad de adhesión: No podrán adherirse:

- a) Los cónyuges y/o personas convivientes en relación concubinaria de los miembros del sector pasivo, aunque reingresaren al sector activo con posterioridad.
- b) Los cónyuges y/o personas convivientes en relación concubinaria mayores de 60 años de edad.

Artículo 60°- Capital indemnizatorio: El capital indemnizatorio será igual al capital básico obligatorio del afiliado o adherente directo. Adicionalmente podrán incrementar el mencionado capital conforme al capital adicional optativo que hubiere solicitado el afiliado o adherente directo para sí mismo.

Artículo 61°- Contribuciones: La contribución a ingresar será equivalente a la determinada para el afiliado o adherente directo.

Artículo 62°- Condiciones de incorporación al Régimen: El cónyuge o persona conviviente en relación concubinaria que desee incorporarse al presente régimen, deberá

suministrar pruebas de salud satisfactoria a la Dirección de Seguros y a costa del afiliado o adherente directo.

Artículo 63°- Beneficiario: Sólo podrá instituirse como beneficiario con carácter irrevocable al afiliado o adherente directo, y en caso de muerte simultánea se liquidará a los herederos legales del mismo.

Artículo 64°- Inicio y terminación de la Cobertura: La cobertura entrará en vigencia a partir de las doce (12) horas del día primero (1°) del sexto mes inmediato siguiente a aquel de cuyos haberes del afiliado o adherente directo se haya efectuado el primer descuento de contribuciones con destino a esta cobertura. Asimismo cesará en los siguientes casos:

- a) Cuando caduque el Certificado del afiliado o adherente directo, por cualquier causa.
- b) Cuando se produzca el fallecimiento del afiliado o adherente.
- c) Cuando el afiliado o adherente directo dejare de ingresar las contribuciones correspondientes a esta indemnización adicional.
- d) Cuando el afiliado o adherente directo pase a revestir el carácter de miembro del sector pasivo, aunque reingresaren al sector activo con posterioridad.

CAPITULO II - INDEMNIZACION ADICIONAL PARA EL GRUPO FAMILIAR

Artículo 65°- Concepto: Esta indemnización es de carácter facultativo y tiene por objeto cubrir a los adherentes indirectos única y exclusivamente contra la contingencia de muerte.

Artículo 66°- Adhesión a la Cobertura: El afiliado o adherente directo, en los formularios proporcionados al efecto, consignará los nombres y apellidos de cada uno de los integrantes del grupo familiar, el tipo y número de documento, la fecha de nacimiento, el domicilio, etc. e informará al contratante o a la Dirección de Seguros de cualquier circunstancia que altere la composición del grupo. A los efectos del presente sistema se entiende que el grupo familiar cubierto está conformado por:

- a) Los cónyuges y/o personas convivientes en relación concubinaria con el afiliado o adherente.
- b) Los hijos menores de veintiún (21) años de edad, comprendiendo los concebidos dentro o fuera del matrimonio, los adoptados, hijastros/as y menores entregados en guarda o tenencia por resolución judicial;
- c) Los padres que convivan con el afiliado o adherente soltero.

Artículo 67°- Adherentes: Las personas que en el futuro se incorporen al grupo familiar de un afiliado o adherente directo, adquirirán calidad de adherentes de acuerdo con lo siguiente:

- a) Los cónyuges, a partir de las (12) horas del día siguiente al de la celebración del matrimonio.
- b) Para quienes cohabiten en aparente matrimonio con el afiliado o adherente directo, desde las doce (12) horas del día siguiente en el que se suscriba su incorporación al grupo familiar.
- c) Los hijos, desde las doce (12) horas del día siguiente a su nacimiento, o de la sentencia o resolución judicial que otorgue la adopción, guarda o tenencia, o del matrimonio con viuda y/o con hijos.
- d) Los padres desde las doce (12) horas del día siguiente a aquél en el que el adherente directo suscriba la incorporación de los mismos al sistema.

Artículo 68°- Imposibilidad de adhesión: No podrán adherirse:

- a) Los miembros del grupo familiar de los pasivos, aunque estos se encontraran o ingresaran al servicio activo con posterioridad.
- b) Los cónyuges y/o personas convivientes en relación concubinaria mayores de 60 años de edad.
- c) Los padres mayores de 70 años de edad.

Artículo 69°- Capital indemnizatorio: El capital indemnizatorio atribuible a cada uno de los integrantes del grupo familiar será el definido en el Anexo A de las presentes Normas Reglamentarias.

Artículo 70°- Contribuciones: El afiliado o adherente directo abonará por el presente adicional una contribución mensual única con la cual quedará cubierto todo el grupo familiar declarado, conforme se establece en el Anexo B de las presentes Normas Reglamentarias. La contribución se ajustará cada vez que se aumente el capital básico obligatorio uniforme en las proporciones del incremento.

Artículo 71°- Beneficiario: Sólo podrá instituirse como beneficiario, con carácter irrevocable, al afiliado o adherente directo y en caso de muerte simultánea se liquidará a los herederos legales del mismo.

Artículo 72°- Inicio y terminación de la Cobertura: Esta cobertura entrará en vigencia a partir de las doce (12) horas del día primero (1°) del sexto mes inmediato siguiente a aquel de cuyos haberes del afiliado o adherente directo se haya efectuado el primer descuento de contribuciones con destino a este adicional. Así mismo cesará en los siguientes casos:

- a) Cuando caduque el certificado del afiliado o adherente directo por cualquier causa.
- b) Cuando se produzca fallecimiento del afiliado o adherente directo.
- c) Cuando el afiliado o adherente directo dejare de ingresar las contribuciones correspondientes a esta indemnización adicional.
- d) Cuando el afiliado o adherente directo pase a revestir el carácter de miembro del sector pasivo, aunque reingresaren al sector activo con posterioridad.

Artículo 73°- Exclusiones: Los integrantes del grupo familiar quedarán excluidos de la presente cobertura cuando se comprueben los siguientes casos:

- a) Los cónyuges, cuando sea dictada sentencia de divorcio o cuando exista separación de hecho sin voluntad de unirse.
- b) Las personas conviviente en relación concubinaria, cuando se interrumpa la cohabitación o convivencia en aparente matrimonio.
- c) Los hijos, cuando dejen de convivir con el afiliado o adherente directo.

ANEXO A

REGIMEN PREVISIONAL LEY 1166 – MONTO DE LOS CAPITALES A INDEMNIZAR

- **Indemnización Afiliados Obligatorios y Adherentes Directos**

Capital Básico Obligatorio:

El monto del capital básico obligatorio, para los afiliados y adherentes directos será de PESOS SEIS MIL (\$ 6.000,00).

Capital Adicional Optativo:

El capital Básico Obligatorio podrá incrementarse mediante la suscripción de un Capital Adicional Optativo, de acuerdo a las siguientes escalas en función de la edad al momento de solicitar la cobertura Adicional:

Cantidad de sueldos Coberturas

	<u>menor de 50</u>	<u>de 50 a 54</u>	<u>más de 54</u>
a) Indemnización por fallecimiento	30	25	20

- b) Indemnización por Incapacidad
Total y Permanente 25 20 15
- c) En caso de pérdidas anatómicas, se aplicará la escala del artículo 34° de la reglamentación sobre el capital definido para el caso de muerte.

- **Indemnización Adicional del Cónyuge**

El capital indemnizatorio será equivalente al capital definido para el titular o adherente, tanto obligatorio como adicional en el caso de optar por éste.

- **Indemnización Adicional del Grupo Familiar**

El capital indemnizatorio será uniforme en todos los casos e igual a PESOS TRES MIL QUINIENTOS (\$ 3.500,00).

TITULO III

ANEXO B

REGIMEN PREVISIONAL LEY 1166 – CONTRIBUCIONES

Las alícuotas mensuales a aplicar serán las tasas que se detallen a continuación:

- **Indemnización Afiliados Obligatorio y Adherentes Directos**

Capital Básico Obligatorio:

0,1% del capital indemnizable, para los agentes del sector activo

0,125% del capital indemnizable, para los agentes del sector pasivo

Capital Adicional Optativo:

0,6 % del capital indemnizable ó el 1,8% del Sueldo de la categoría a la que pertenece el afiliado, según la definición establecida en el artículo 8° última parte de la reglamentación.

- **Indemnización Adicional por Cónyuge**

0,1% del Capital Básico Obligatorio

0,6 % del Capital Adicional Optativo

- **Indemnización Adicional por Grupo Familiar**

La contribución será uniforme e igual a pesos cuatro con veinte centavos (\$4,20) mensuales.

NOTA: El Directorio del Instituto de Seguridad Social a través de la Dirección de Seguros se reserva el derecho a recalcular anualmente las contribuciones arriba estipuladas a fin de contemplar posibles variaciones en la composición del grupo. Asimismo podrá modificar los importes estipulados si el número de personas cubiertas se modifica en más de un 20%.

TITULO III

ANEXO C

INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL - DIRECCION DE SEGUROS SOLICITUD DE SUSCRIPCIÓN AL CAPITAL ADICIONAL OPTATIVO

Régimen Previsional Ley N° 1166 - MUERTE, INCAPACIDAD, ADCCIDENTE Y SEPELIO

A partir de 1º de julio de 2000, se pone en vigencia las coberturas de capitales adicionales optativos implementando por la Ley N° 1166, "Régimen Previsional de Muerte, Incapacidad, Accidente y Sepelio", que ofrece las siguientes alternativas en sus distintas modalidades:

COBERTURA	INDEMNIZ. OBLIGATORIO	INDEMNIZ. OPCIONAL
R.P.Ley 1166-Muerte Titular	Capital Fijo	30 sueldos
R.P.Ley 1166-Incap. T. y P. Titular	Capital Fijo	25 sueldos
R.P.Ley 1166-Muerte por Accidente	El doble del capital Fijo	60 sueldos
R.P.Ley 1166-Adic. Por Acc. Titular	s/escala	s/escala
R.P.Ley 1166-Muerte Cónyuge	Capital Fijo	30 sueldos
R.P.Ley 1166-Muerte Grupo Flia.	--.--	Capital Fijo

Quien suscribe solicita ser incorporado al:

- a) Régimen Previsional Ley N° 1166 – Cónyuge (capital fijo)
- b) Régimen Previsional Ley N° 1166 – Opcional Titular
- c) Régimen Previsional Ley N° 1166 – Opcional Cónyuge
- d) Régimen Previsional Ley N° 1166 – Opcional Familiar

y autorizo el descuento de los importes de las contribuciones correspondientes, de mis haberes, además, manifiesto conocer los alcances del Régimen Previsional Ley N° 1166.

Firma:..... Aclaración:.....

DNI-LE-LC-N°..... Fecha Nac:...../...../.....-

Afiliado N°:..... Legajo N°:.....-

Domicilio:.....

Repartición donde presta servicios:.....

Principales Disposiciones:

Régimen Previsional Ley N° 1166 - MUERTE, INCAPACIDAD, ACCIDENTE Y SEPELIO

- 1.- Este Régimen cubre los riesgos de MUERTE; MUERTE POR ACCIDENTE; INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE; ADICIONAL por ACCIDENTE y SEPELIO.
- 2.- Las personas comprendidas en el presente Régimen son: Agentes y Funcionarios de los Poderes Ejecutivo, Legislativo y Judicial de la Provincia; Agentes y Funcionarios de los Organismos Descentralizados y Autárquicos; Jubilados y Pensionados que perciban sus haberes en el Instituto de Seguridad Social de la Provincia de La Pampa.
- 3.- Podrán optar por su inclusión en el presente Régimen en calidad de adherentes directos los Agentes y funcionarios de las Municipalidades y Comisiones de Fomento, inclusive los

integrantes de los Cuerpos Deliberantes.

- 4.- Adherentes Indirectos: Se consideran adherentes indirectos aquellas personas que pueden incorporarse al presente Régimen a solicitud de un afiliado obligatorio o adherente directo. Deben revestir respecto de estos últimos el siguiente carácter o vínculo:

- a) Cónyuge y/o concubino conviviente en relación concubinaria;
- b) Hijo natural o adoptivo, hijastro o persona entregada en tenencia o guarda por decisión judicial, nacional o provincial, u otorgada por

los Servicios Nacionales o Provinciales de la Minoridad que sean menores de 21 años o sin límite de edad si son incapacitados.

c) Padres, naturales o adoptivos que convivan con hijos solteros.

- 5.- El afiliado podrá cambiar el beneficiario en su cobertura en cualquier momento y su solicitud en tal caso tendrá efecto a partir de la fecha en que la Dirección de Seguros reciba la correspondiente comunicación.
- 6.- En ningún caso el afiliado podrá suscribir más de una ficha aún cuando desempeñe varios cargos en la Administración, no podrá duplicar la misma cobertura en este Régimen.
- 7.- Este Régimen no cubre ningún riesgo derivado de guerra que no comprenda a la Nación Argentina. En caso de guerra que la comprenda las obligaciones tanto de parte de la Dirección de Seguros como del afiliado se regirán así como en casos de terremoto, epidemias y otras catástrofes por las normas que para tales casos se dicten.
- 8.- En caso del cese de ingreso de la contribución mensual por cualquier concepto, se cortará la cobertura.
- 9.- El presente certificado de incorporación es intransferible por lo tanto cualquier cesión se considerará nula o sin ningún valor.
- 10.- La DIRECCION DE SEGUROS contará con sesenta (60) días, desde el ingreso en la misma del formulario mencionado, para aceptar o rechazar la incorporación del agente al sistema de Capital Adicional Optativo.
- 11.- La DIRECCION DE SEGUROS está facultada para rechazar las incorporaciones al Capital Adicional que se soliciten, sin expresión de causa.
- 12.- En los casos en que el afiliado ya estuviera con anterioridad incorporado al Capital Básico Obligatorio, se aplicará nuevamente -limitado al Capital Adicional que se suscribe- el período de carencia de seis meses.

INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL DE LA PROVINCIA DE LA PAMPA

Dirección de Seguros

INCORPORACIÓN AL CAPITAL ADICIONAL OPTATIVO -I

DECLARACION JURADA DE SALUD

Para ser completada por el titular o adherentes al:

- a) Régimen Previsional Ley N° 1166 - Cónyuge (capital fijo)
- b) Régimen Previsional Ley N° 1166 - Opcional Titular
- c) Régimen Previsional Ley N° 1166 - Opcional Cónyuge
- d) Régimen Previsional Ley N° 1166 - Opcional Familiar

Apellido y nombre: _____ Titular: Adherente:

Afiliado N° _____ Legajo N° _____

Fecha de Nacimiento: _____

Repartición: _____ Ocupación: _____

Lea atentamente las preguntas y conteste sin omitir respuesta. Luego usted podrá firmar al pie de la declaración.

Sírvase indicar:

Edad: _____ años Estatura _____ cm.

Peso: _____ kg. Presión Arterial _____

Responda SI o NO en cada casillero:

En caso afirmativo completar:

¿Tiene trastornos en la visión?

Origen de estos trastornos oculares

SI NO

.....

¿La agudeza visual de alguno de sus ojos es inferior o igual a 3/1" sin corrección?

Graduación de los lentes

SI NO

Ojo izquierdo: Ojo derecho:

¿Se encuentra actualmente sin trabajo?

¿Desde que fecha? _____

SI NO

Motivos:

¿Fue usted exceptuado del Servicio Militar?

¿Por qué motivos?

SI NO

.....

¿Está usted actualmente embarazada?

¿De cuántos meses?

SI NO

.....

¿Sigue algún tratamiento en particular?

¿Cuál?

SI NO

.....

Durante los últimos 5 años,

Fechas:

¿Debió usted interrumpir su trabajo

¿Por qué motivo?

- por más de 30 días consecutivos?

- por más de 90 días en un mismo año?

¿Consultó a, o debió ser hospitalizado por? - un servicio médico? - un servicio de cirugía? - un servicio neuropsiquiátrico?	SI NO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	¿Por qué motivos?	¿Cuándo?
¿Fue usted sometido a - una intervención quirúrgica? - un tratamiento de radioterapia? - un tratamiento de quimioterapia o inmunoterapia? - una transfusión sanguínea? - un test HIV?	SI NO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	¿Por qué motivos?	¿Cuándo?
¿Padece usted o padeció de - enfermedades del sistema nervioso o depresiones? - trastornos cardíacos, vasculares o broncopulmonares? - enfermedades digestivas, renales o sanguíneas? - hepatitis virósica (excluyendo la hepatitis A)? - hipertensión arterial? - trastornos metabólicos (diabetes, colesterol, triglicéridos)? - infecciones como consecuencia de una inmunodeficiencia adquirida?	SI NO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	¿Naturaleza?	¿Cuándo?
¿Padece de alguna enfermedad crónica?	SI NO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	¿Naturaleza?	¿Desde cuándo?
¿Se encuentra usted bajo tratamiento médico?	SI NO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	¿Naturaleza?	¿Desde cuándo?
¿Padece de alguna incapacidad? ¿Presenta secuelas de accidente o enfermedades?	SI NO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	¿Naturaleza?	¿Desde cuándo?
¿Es usted titular de una renta por invalidez, de un beneficio de accidente de trabajo o enfermedad profesional? (En caso afirmativo adjuntar certificados)	SI NO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	¿Motivo?	¿Desde cuándo?
¿Ha sido usted informado que en los próximos meses deberá someterse a: - exámenes médicos de laboratorio? - otros exámenes? - tratamiento? - internación y/o intervención quirúrgica?	SI NO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	¿Por qué razones?
¿Ha presentado anteriormente otra solicitud de seguro de vida? En caso afirmativo: ¿Fue postergada? ¿Fue rechazada?	SI NO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	¿Por qué razones?

Nota: Recomendamos controlar la existencia de respuestas para cada una de las preguntas anteriores. La ausencia de las mismas se considera omisión. La falsedad u omisión en la presente Declaración Jurada hará caducar automáticamente el derecho, para el afiliado o sus derechohabientes, de percibir el Capital Adicional Optativo Suscripto.

Lugar y Fecha _____

CERTIFICACION DE FIRMA
 JEFE DPTO. O AUTORIDAD COMPETENTE

FIRMA DEL ASEGURABLE

**Subsecretaría de Medios de Comunicación
GUSTAVO FERNANDEZ MENDIA
Subsecretario**

**CARLOS RAUL GONZALEZ
Director de Prensa
Departamento Imprenta y Boletín Oficial**