

**PRESTACIONES DINERARIAS
 INCAPACIDAD LABORAL TEMPORARIA - I.L.T.**



Contrato N°: _____

Siniestro N°: _____

EMPRESA AFILIADA

Razón social: _____

C.U.I.T.: _____ TE/Fax: _____ Mail: _____

Domicilio: _____ Localidad: _____ CP: _____ Provincia: _____

ACCIDENTADO

Apellido: _____ Nombres: _____

Teléfonos: _____ Domicilio: _____

Localidad: _____ C.P.: _____ Provincia: _____

Fecha de nacimiento: _____ Fecha de ingreso a la empresa: _____

Afiliado a: Reparto Capitalización Nombre A.F.J.P.: _____ C.U.I.L.: _____

Fecha del accidente: _____ Fecha abandono trabajo: _____

Modalidad contratación (tache lo que no corresponde): indeterminado, determinado, plazo fijo, eventual, temporada.
 Otro: _____ Fecha inicio temporada: _____

REMUNERACIONES PERCIBIDAS EN LOS 12 MESES ANTERIORES A LA FECHA DE ACCIDENTE (para Ingreso Base)

PERÍODO			CONTRIBUCIÓN PATRONAL	ASIGNACIONES FAMILIARES																																
Mes	Año	Importe Mes																																		
1			<table border="1"> <thead> <tr> <th>CONCEPTO</th> <th>% Sobre la rem. sujeta a cotización neta de la reducciones aplicables</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Jubilación</td><td></td></tr> <tr><td>INSSJP</td><td></td></tr> <tr><td>F.N. Empleo</td><td></td></tr> <tr><td>Sal. familiares</td><td></td></tr> <tr><td>ANSSal</td><td></td></tr> <tr><td>Obra social</td><td></td></tr> <tr><td>Otros</td><td></td></tr> <tr><td>Otros</td><td></td></tr> <tr><td>Total contribuciones</td><td></td></tr> </tbody> </table>	CONCEPTO	% Sobre la rem. sujeta a cotización neta de la reducciones aplicables	Jubilación		INSSJP		F.N. Empleo		Sal. familiares		ANSSal		Obra social		Otros		Otros		Total contribuciones		<table border="1"> <thead> <tr> <th>CONCEPTO</th> <th>MONTO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td>TOTAL</td><td></td></tr> </tbody> </table>	CONCEPTO	MONTO									TOTAL	
CONCEPTO	% Sobre la rem. sujeta a cotización neta de la reducciones aplicables																																			
Jubilación																																				
INSSJP																																				
F.N. Empleo																																				
Sal. familiares																																				
ANSSal																																				
Obra social																																				
Otros																																				
Otros																																				
Total contribuciones																																				
CONCEPTO	MONTO																																			
TOTAL																																				
2																																				
3																																				
4																																				
5																																				
6																																				
7																																				
8																																				
9																																				
10																																				
11																																				
12																																				
Remun. totales sujetas a cotización																																				
Días corridos del período																																				

DATOS TRANSFERENCIA ELECTRONICA (Completar una única vez por empresa o cuando haya cambio de cuenta)

Banco: _____ N° Sucursal: _____ Cód. Banco: _____

Tipo cuenta: _____ N° Cuenta: _____

CBU: _____

Titulares: _____

Importante: Para considerar válido el presente formulario, debe estar firmado por el titular de la empresa.

Declaro bajo juramento que los datos consignados son fiel reflejo de la realidad.

Apellido y nombre: _____

DNI/LC/LE: _____ Cargo: _____

.....
 Lugar y Fecha

.....
 Firma y sello