

INFORMACIÓN PARA PRACTICAR LIQUIDACIÓN INCAPACIDAD LABORAL TEMPORARIA - LEY N° 24.557

N° CONTRATO	N° SINIESTRO
Apellido y Nombre del Accidentado	
N° CUIL	Fecha de Accidente (dd/mm/aaaa)

SISTEMA ÚNICO DE SEGURIDAD SOCIAL PATRONAL

(Porcentajes netos de reducciones)

JUBILACIÓN	_____	%
ASIGNACIONES FAMILIARES	_____	%
FONDO DE EMPLEO	_____	%
PAMI (I.N.S.S.J.P.)	_____	%
1. TOTAL	_____	%
2. OBRA SOCIAL	_____	%
TOTAL GENERAL (1+2)	_____	%

MODALIDAD CONTRACTUAL

1. Por tiempo Indeterminado ☐
2. Por tiempo Determinado ☐
3. Eventual ☐
4. Otro ☐

Marcar con una X lo que corresponda.
En los supuestos 2 / 4 adjuntar copia del contrato.

DETALLE DE LAS REMUNERACIONES PERCIBIDAS (completar al dorso)

Total Salario percibido _____

DETERMINACIÓN INGRESO BASE (a ser llenado por Victoria A.R.T.)

Total Pagado \$	/	días corridos = \$	x 30,4 = \$	I.B.M. / 30 = \$	I.B.D.
x	/	Aportes = \$	x días a reintegrar.		

INCAPACIDAD LABORAL TEMPORARIA

Período desde	hasta	días
A/C Empleador		días _____ 10
A/C A.R.T.		días _____
I.B.R. \$	x	días = \$ _____

TOTAL SALARIOS PERCIBIDOS

Declaramos Bajo Juramento que los datos consignados son fiel reflejo de la realidad, pudiendo Compañía Argentina de Seguros Victoria S.A., requerir los recibos correspondientes, debidamente firmados.

Razón Social	CUIT
Domicilio	

NOTA: Antes de completar este formulario, lea las instrucciones adjuntas.