

N° de Siniestro
DECLARACIÓN JURADA
LIQUIDACIÓN DE PRESTACIONES DINERARIAS
DATOS DEL ASEGURADO

Apellido y Nombre:	Póliza:	CUIT:	Matrícula:
Calle:	N°:	Localidad:	Provincia:
Mail:			

DATOS DEL PRODUCTOR/ORGANIZADOR

Apellido y Nombre:	Número:	Organización:	Agencia:
--------------------	---------	---------------	----------

DATOS DEL ACCIDENTADO

Apellido y Nombre:	CUIL:
Fecha del accidente:	A cargo ART:
Fecha de ingreso empresa:	Alta médica:
Convenio colectivo de trabajo:	Contribuciones Patronales Totales % :
Modalidad de contratación:	Categoría laboral:
Nombre de la Obra Social:	Código de la Obra Social:

REMUNERACIONES
A. Conceptos remunerativos - Remuneración fija (mes del accidente)

Período		Sumas remunerativas
Mes / Año	Días	
a. Valor día = importe % días		

REMUNERACIONES
C. Conceptos no remunerativos

Período		Sumas no remunerativas
Mes / Año	Días	
Total:		
c. Valor día = importe % días		

REMUNERACIONES
**B. Conceptos remunerativos
Remuneración variable (6 meses anteriores al accidente)**

Período		Sumas remunerativas
Mes / Año	Días	
Total:		
b. Valor día = importe % días		

REMUNERACIONES
D. Sueldo anual complementario

d. SAC proporcional = $(a+b) \times 8,33\%$

REMUNERACIONES
E. Valor ILT a abonar por día de accidente

Valor día remunerativo = a+b+d
Valor día no remunerativo = c*

* Si es un valor fijo se toma al correspondiente al último mes
Si es variable se toma el promedio de los 6 últimos meses.

Firma y sello del Empleador / Apoderado / Autorizado

Apellido y Nombre:	Tipo y N° de Documento:	Cargo:
--------------------	-------------------------	--------

Los datos declarados deben ser coincidentes con las DDJJ efectuadas ante la AFIP - DGI.

Declaramos que los datos surgen de los registros rubricados de la empresa.

Adjuntar la siguiente documentación:

- Copia del /los recibo /s de sueldo de los meses de baja laboral firmados por el accidentado, con la leyenda "es copia fiel del original" y firma y sello de un responsable de la empresa.
- Fotocopia de la declaración jurada (analítica). Nómina de empleado /s correspondiente a los períodos de ILT donde conste la información del trabajador accidentado.
- Copia del formulario 931 de AFIP y ticket de pago, de los meses de baja laboral.