

SOLICITUD DE REINTEGRO DE PRESTACIONES DINERARIAS



Declaración Jurada

Número de siniestro	
DATOS DEL EMPLEADOR	
Razón social	Póliza
CUIT	Mail
	Teléfono
DATOS DEL TRABAJADOR	
Apellido y nombre	CUIL
Dirección	Localidad
Cod. Postal	Teléfono
	Provincia
Modalidad de la relación laboral	
DATOS DEL SINIESTRO	
Fecha del accidente	Fecha de alta
Reintegro desde	Reintegro hasta*
Cantidad días solicitados de reintegro	
Fecha de ingreso a la empresa	

(*) Puede ser la fecha de alta médica o último día del mes de corresponder.

CÁLCULO DE LA PRESTACIÓN DINERARIA POR INCAPACIDAD LABORAL TEMPORARIA SEGÚN APLICACIÓN ART. 208 DE LA LEY 20.744 Y DTO. 1694/09

CONCEPTOS REMUNERATIVOS

	REM. FIJA	+	REM. VARIABLES*	+	SAC	=	TOTALES	
Valor mensual	<input type="text"/>	+	<input type="text"/>	+	<input type="text"/>	=	<input type="text"/>	A
Valor diario	<input type="text"/>	+	<input type="text"/>	+	<input type="text"/>	=	<input type="text"/>	B

CONTRIBUCIONES PATRONALES

	JUBILACIÓN	ASIG. FAMIL.	F.N.E.	INSSJP	OBRA SOCIAL	TOTAL CONTRIB.
%	<input type="text"/>	% <input type="text"/>				

CONCEPTOS NO REMUNERATIVOS

	REM. FIJA	+	REM. VARIABLES*	=	TOTALES
Valor mensual	<input type="text"/>	+	<input type="text"/>	=	<input type="text"/>
Valor diario	<input type="text"/>	+	<input type="text"/>	=	<input type="text"/>

CÁLCULO DEL I.B.A. (INGRESO BASE AJUSTADO DE CONFORMIDAD CON EL ART. 208 DE LA LEY 20.744 Y DTO. 1694/2009)

I.B.A. (MENSUAL) =	$A \times (1 + C/100) + D$	<input type="text"/>	F
I.B.A. (DIARIO) =	$F/30$	<input type="text"/>	G

CANT. DE MESES COMPLETOS DE BAJA LABORAL

CANT. MESES	I.B.A. MENSUAL		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	x	(viene de F) = <input type="text"/>

PARA LOS MESES DE BAJA LABORAL DONDE ADEMÁS HUBO DÍAS TRABAJADOS

CANT. DÍAS	I.B.A. DIARIO		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	x	(viene de G) = <input type="text"/>

MONTO TOTAL DEL REINTEGRO SOLICITADO (H+I)

(*) Es la remuneración variable promedio de lo percibido en el último semestre de prestación de servicios. El resultado se obtiene de la información que se encuentra al dorso del formulario.

FIRMA Y SELLO EMPLEADOR / APODERADO / AUTORIZADO

CÁLCULO DEL PROMEDIO DE LAS REMUNERACIONES VARIABLES

Sólo debe completarse de tener remuneraciones variables anteriores a la fecha del siniestro.

En el siguiente cuadro debe incluir la información solicitada de los seis meses anteriores al mes del siniestro.

Si el empleado accidentado no trabajó seis meses antes del siniestro, complete esta información hasta la fecha de ingreso del trabajador a la empresa.

	MONTO CONCEPTOS REMUNERATIVOS	MONTO CONCEPTOS NO REMUNERATIVOS	DÍAS
Mes anterior al accidente	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2 meses antes del accidente	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3 meses antes del accidente	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4 meses antes del accidente	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5 meses antes del accidente	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
6 meses antes del accidente	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
TOTAL (suma montos y días)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
VALOR DÍA (total monto / total días)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
VALOR MENSUAL (valor día x 30)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

Este formulario debe ser enviado completo y firmado adjuntando:

- Copia del recibo de sueldo firmado por el accidentado correspondiente al mes del siniestro.
- Copia de los recibos de sueldo firmados por el accidentado correspondientes a los períodos de baja laboral cuyo reintegro está solicitando.

Usted puede enviar esta información por:

- Correo electrónico: clientes@experta.com.ar. Por favor al escanear la documentación verifique que la misma sea legible.
- Fax: 0-800-7777-278 (ART), opción 4 y luego opción 1.
- Correo Postal: en un sobre a nombre de "Experta ART - Sector Liquidaciones" a Crisólogo Larralde 2055 (C1429BTA) - C.A.B.A.