



FORMULARIO DE SOLICITUD DE BENEFICIARIOS SEGURO MÉDICO

FUNCIONARIOS PERMANENTES Y CONTRATADOS DEL MINISTERIO DE JUSTICIA:

El Departamento de Bienestar del Personal de la Dirección de Desarrollo de las Personas dependiente de la Dirección General de Talento Humano solicita completar el siguiente formulario, con los datos de los Beneficiarios/as que conformarán el Grupo Familiar mientras dure la vigencia del **Contrato N° 17/2023 “CONTRATACIÓN DE SEGURO MEDICO”, adjudicado al CONSORCIO SC IV el cual entra en vigencia desde el 01/11/2023.-**

I) DATOS DEL TITULAR:

Apellido/s: _____ Nombre/s: _____

C.I. N°: _____ Fecha de Nac.: _____

Edad: _____ Sexo: _____ Teléf. Particular: _____ :Cel.: _____

Domicilio Particular: _____ Localidad: _____

Barrio: _____ Grupo Sanguíneo: _____

Email Institucional: _____

Email particular: _____

Dependencia: _____ Teléf: _____ Interno: _____

Domicilio Laboral: _____

Estado Civil: Soltero/a() Casado/a() Concubinado/a() Viudo/a() Divorciado/a()

Observación:

- En los casos de hijos con discapacidad mental y/o física identificar con las abreviaturas **PCD** en la columna **Parentesco con el Titular**.
- En caso de tutoría y/o dependencia directa indicar en la columna **Parentesco con el Titular**.

II) GRUPO FAMILIAR SEGURO MÉDICO

- **a) Titular casado/a:** su cónyuge (ya sea por Matrimonio Legalmente constituido o por matrimonio aparente de hecho, reconocido por Sentencia Judicial firme y ejecutoriada), sus hijos e hijas de su cónyuge hasta los **22 años (veinte y dos años)** de edad. En caso de no asegurar al conyugue podrá asignar a sus padres o podrá elegir a uno de los padres para asegurar junto con el cónyuge.
- **Titular soltero/a:** sus hijos hasta los **22 años (veinte y dos años)** de edad y sus **Padres**. En caso de no contar con padres ni hijos, se podrá incluir hasta 1 (un) hermano con límite de 40 años de edad en relación de dependencia económica.-
- **Titular Viudo/a, Divorciado/a:** será considerado como titular soltero/a, con sus beneficios como tales.-



FORMULARIO DE SOLICITUD DE BENEFICIARIOS SEGURO MÉDICO

- **Titular Soltero/a. Casado/a o Viudo/a. Divorciado/a:** A falta de Padre o Madre (fallecimiento), podrá asegurar a su Madrastra o Padrastro, debiendo acreditar debida y fehacientemente dicha circunstancia, con documentos Legales.-
- Hijos /as con discapacidad sin límite de edad, previa presentación del certificado de discapacidad expedida por la SENADIS.
- Los menores bajo tutela judicial serán considerados parte del grupo familiar de los funcionarios del Ministerio de Justicia, previo dictamen de la Dirección General de Asesoría Jurídica.
- Los nietos en situaciones específicas (guarda, custodia, tutela) serán considerados como parte del grupo familiar, previo dictamen de la Dirección General de Asesoría Jurídica. Hasta un nieto por cada grupo familiar.

N°	BENEFICIARIOS DIRECTOS						
	C.I.N°	Apellidos	Nombres	Parentesco	Nuevo Ingreso	Fecha de Nacimiento	Edad
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							



FORMULARIO DE SOLICITUD DE BENEFICIARIOS SEGURO MÉDICO

IMPORTANTE: Los datos consignados en la solicitud poseen carácter de Declaración Jurada, los cuales podrán ser verificados con los documentos del legajo personal; en caso de corroborar que la información no sea fidedigna, el/a funcionario/a será pasible de sanción.

Se deberá adjuntar a este formulario las siguientes documentaciones: (las copias en hoja tamaño A4). “Solo en caso de NUEVOS INGRESOS”.

- ✓ Copia simple de **Cédula de Identidad del Titular** (funcionario permanente). En todos los casos.
- ✓ Si el beneficiario sería su **cónyuge** deberá presentar Certificado de Matrimonio original y copia simple de Cédula de Identidad.
- ✓ Si el beneficiario sería **concubino** deberá presentar una constancia reconocido por Sentencia Judicial firme y ejecutoriada y copia simple de Cédula de Identidad.
- ✓ Si el beneficiario sería el **Hijo/a** deberá adjuntar Certificado de Nacimiento original y copia simple de Cédula de Identidad.
- ✓ Si el Titular es **Viudo/a** deberá presentar el Certificado original de Matrimonio y de defunción del esposo/a.
- ✓ Si el titular es **Divorciado/a** deberá presentar copia autenticada por escribanía de la sentencia judicial.
- ✓ Si el beneficiario sería **hijos/as** con discapacidad deberá presentar Copia Autenticada de la Constancia de discapacidad expedida por la SENADIS y copia simple de cedula de identidad del hijo/a.
- ✓ Si los beneficiarios son los padres deberá presentar Certificado de Nacimiento original del Titular (Funcionario/a) y copia simple de Cédula de Identidad de los padres.

“LOS CAMBIOS DE BENEFICIARIOS SE EFECTUARÁN POR MOTIVOS DE MATRIMONIO, SEPARACIÓN O FALLECIMIENTO” mientras este en vigencia el presente contrato.

Firma del Funcionario/a: _____ C.I. N°: _____

DATOS A COMPLETAR POR EL DEPARTAMENTO DE BIENESTAR DEL PERSONAL:

Recibido por: _____ Firma: _____ Fecha: _____