



SUBSIDIO POR INCAPACIDAD TEMPORAL
DEPARTAMENTO DE SERVICIO MEDICO

DATOS DEL AFILIADO

N° DE AFILIADO: _____

NOMBRE COMPLETO: _____

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

PROFESIÓN _____

DOMICILIO CONSTITUIDO (CT): _____

DEPARTAMENTO: _____ LOCALIDAD: _____

C.P.: _____ TELÉFONO: _____ CELULAR: _____

CORREO ELECTRÓNICO: _____

DÍA ANTERIOR AL INICIO DE LA INCAPACIDAD: _____

Se notifica que:

1. Para el cobro del beneficio que solicita (art. 93 de la Ley 17.738 y art. 1° de la Ley 20.410), deberá encontrarse al día con sus obligaciones (art. 123 de la Ley 17.738).
2. El pago de las obligaciones que el afiliado mantenga con la Caja continuará por su sistema habitual siendo responsabilidad del profesional el cumplimiento de los pagos dentro de los plazos establecidos.
3. Para las solicitudes realizadas a partir del 01/08/2025, será de aplicación lo dispuesto en la Ley 20.410 y en el art. 48 de la Ley 20.130, los artículos 12 a 14 del Decreto 230/023 del 31/07/2023 y los criterios aprobados por Resoluciones de Directorio N° 608 de 03/08/2023 y N° 637 de 17/08/2023.
4. Para el caso de prórroga de subsidio por incapacidad, la misma deberá realizarse mientras persista la incapacidad, indefectiblemente dentro de los sesenta (60) días siguientes a la finalización del período subsidiado o de la fecha de la notificación.
5. Deberá presentar al Servicio Médico de la Caja, certificado médico con diagnóstico e indicación del período de licencia médica, acompañado de timbre profesional correspondiente.
6. Se considera notificado del beneficio una vez acreditado el pago.

Fecha

Firma del profesional



DECLARACIÓN JURADA

Quien suscribe _____ Afiliado N° _____

a) Indica que: sí no tiene actividad amparada por otra Caja.

b) Suspendió actividad en:

Lugar de trabajo	Fecha de suspensión	Caja que ampara

c) No suspendió en:

d) Motivos de la no suspensión:

e) Observaciones

Se hace saber al/la declarante el texto del art. 136 de la Ley 17.738 del 07.01.2004 que dice: "La declaración falsa en las actuaciones administrativas ante la Caja, o la prestada sobre hechos propios o en interés propio por el titular de las actuaciones, será sancionado en la forma dispuesta por el artículo 239 del Código Penal."

Fecha

Firma del profesional



OPCIÓN DE COBRO DEL BENEFICIO

DATOS DEL AFILIADO

NOMBRE COMPLETO: _____

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: _____ N° DE AFILIADO: _____

A continuación, el titular podrá optar por el sistema de cobro de su preferencia de acuerdo con lo establecido en la Ley 19210 "de Inclusión Financiera":

Pago mediante SISTEMA BANCARIO en cuenta existente a nombre del titular.

BANCO: _____

SUCURSAL O AGENCIA: _____ No.: _____

NÚMERO DE CUENTA: _____

CUENTA CORRIENTE: _____ CAJA DE AHORRO: _____

OTROS: _____

Pago mediante SISTEMA DE DINERO ELECTRÓNICO (TARJETA LOCAL).

INSTITUCIÓN EMISORA: _____

El interesado se notifica de los siguientes términos:

La opción de cobro elegida implica el otorgamiento de autorización expresa a la institución para efectuar los débitos o retenciones en la cuenta o tarjeta prepaga, que la Caja solicite.

La Caja no asume otra responsabilidad que acreditar el importe correspondiente al pago del beneficio en la opción elegida, hasta que el titular la modifique.

En caso de optar por cuenta bancaria, la misma deberá estar a nombre del titular del beneficio y se deberá adjuntar al presente formulario una constancia del banco donde figuren los siguientes datos: nombre del banco, sucursal donde está radicada la cuenta y tipo de cuenta (caja de ahorro o cuenta corriente).

Asimismo, cualquiera sea la opción elegida se deberá adjuntar fotocopia de la cédula de identidad del firmante.

Si la cuenta bancaria indicada no es específica para cobro de sueldo o pasividad, los fondos acreditados por la Caja podrán verse afectados por las tasas financieras que la institución bancaria aplique en cumplimiento de la normativa vigente, otorgando el titular su consentimiento en este sentido.

El titular de un beneficio tiene la obligación de mantener actualizado su domicilio. En caso de constatarse el no cumplimiento de esta disposición, la Caja podrá suspender preventivamente el pago.

Fecha

Firma del profesional