



Caja de Profesionales  
Universitarios

# SUBSIDIO POR INCAPACIDAD TEMPORAL

## DEPARTAMENTO DE SERVICIO MÉDICO

### DATOS DEL AFILIADO

N° DE AFILIADO:  PROFESIÓN:

NOMBRE COMPLETO:

DOCUMENTO DE IDENTIDAD:  FECHA DE NACIMIENTO:

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, Ley 17.738), deberá encontrarse al día con sus obligaciones (art.123, 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. La solicitud de subsidio por incapacidad no exime de las obligaciones que pudieran corresponder por concepto de Fondo de Solidaridad y su Adicional.
3. 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.
4. Deberá presentar al Servicio Médico de la Caja, certificado médico original, acompañado de timbre profesional correspondiente.
5. Transcurridos los cuarenta y cinco (45) días sin haber aportado la documentación requerida, se procederá a la anulación de la solicitud del beneficio, manteniendo la condición de afiliado activo, generando los aportes correspondientes.
6. Se considera notificado del beneficio una vez acreditado el pago.

Fecha

Firma del profesional



Caja de Profesionales  
Universitarios

# SUBSIDIO POR INCAPACIDAD TEMPORAL

## DEPARTAMENTO DE SERVICIO MÉDICO

### DECLARACIÓN JURADA

Quien suscribe

Afiliado N°

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

b) Suspendió actividad en:

Lugar de trabajo	Actividad	Caja que ampara

b) Observaciones:

\_\_\_\_\_  
Firma del profesional