



Caja de Profesionales
Universitarios

Subsidio por incapacidad temporal Departamento de servicio médico Formulario 1.2.1

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 / /



Caja de Profesionales
Universitarios

Subsidio por incapacidad temporal Departamento de servicio médico Formulario 1.2.1

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 Formulario 1.2.1

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:

Fecha

Firma del profesional