

## REQUISITOS SUBSIDIO POR ENFERMEDAD/INVALIDEZ

### 1. SOLICITUD DEL BENEFICIO:

El **Subsidio por Enfermedad** podrán solicitarlo afiliados/as que por razones de enfermedad o accidente se encuentren imposibilitados/as para ejercer su profesión durante treinta (30) o más días.

Vencido el plazo de acuerdo del beneficio, y en caso de persistir la incapacidad para el ejercicio profesional, podrán solicitar prórroga del mismo, la que no podrá superar el término de un (1) año a contar desde la fecha de inicio del pago del subsidio.

En caso de persistir la incapacidad y no resultar ésta de carácter total y permanente, podrán solicitar el acuerdo del **Subsidio por Invalidez** por el término máximo de un (1) año.

El Subsidio por Enfermedad/Invalidez deberá peticionarse dentro de los **sesenta (60) días** de producido el hecho generador de la incapacidad.

### 2. DOCUMENTACIÓN:

- A) FORMULARIO DE SOLICITUD (FP 006).
- B) DNI (anverso y reverso).
- C) Constancia de CUIT/CUIL (sólo cuando no estuviese registrado en la Caja).
- D) CERTIFICADO DEL/LOS COLEGIOS MÉDICOS: De los que resulte la cancelación de matrícula profesional, cuya fecha de expedición no podrá superar los treinta (30) días.
- E) PRUEBA DEL EJERCICIO: Hasta fecha inmediata anterior al origen de la incapacidad:

1) *Servicios profesionales en relación de dependencia*: Certificado actualizado y extendido en legal forma, suscripto por el representante legal, del que resulte la fecha de inicio de la licencia por enfermedad.

En caso de solicitud de prórroga deberá actualizarse la certificación de licencia en relación de empleo.

2) *Servicios en forma independiente o por cuenta propia*: con todos los elementos documentales que a dichos efectos pueda aportar, resultando relevante a tales fines las certificaciones extendidas por las Entidades Primarias que acrediten el carácter de prestador del peticionante.

NOTA: Los ingresos de los aportes del Art. 35 inc. c), e) y f) y de retenciones de aportes del Art. 35º inc. d) de la Ley 12.207 eximen de la presentación de prueba del ejercicio, cuando de los mismos se evidencie el desempeño profesional en forma continua, regular e ininterrumpida.

- F) CERTIFICADO MÉDICO: que establezca -con letra legible- diagnóstico de la enfermedad que lo afecta, fecha de inicio y el período estimado de incapacidad laboral resultante.

- G) TODA OTRA DOCUMENTACIÓN MÉDICA: que pueda acreditar en forma fehaciente el diagnóstico y plazo probable de duración (placas, resonancia y/o tomografía, laboratorio, informe de anatomía patológica, historia clínica y/o parte quirúrgico, etc.).

NOTA 1: A criterio del Director y/o ante pedido fundado del solicitante la documentación médica se mantendrá bajo reserva y solo estará disponible para ser consultada por los médicos evaluadores y/o Directores del Distrito.

NOTA 2: Cuando la documentación que acompañe el afiliado sea, a juicio de la Caja, insuficiente a los fines de la determinación de la existencia de la situación de incapacidad total y transitoria y su plazo, se deberá requerir la presentación de los elementos de prueba que en cada caso en particular se establezca por los médicos designados por la Caja y/o por los Directores.

NOTA 3: La documentación de respaldo deberá ser conservada por los solicitantes por el plazo mínimo de un (1) año, para ser presentada por ante la Delegación en caso que se le requiera.

- H) CBU (En caso de opción de pago por transferencia).

### **3. EVALUACIÓN DE DEUDA:**

Es condición para peticionar la cobertura que el solicitante se encuentre al día en el pago de los aportes, préstamos y planes y en toda otra obligación para con la Institución.

De estar adherido a un Plan Regularizador por deuda de aportes deberá encontrarse cancelado el 50% del plan para peticionar el Subsidio.

Excepcionalmente se admitirá la petición cuando el solicitante registre tres (3) período consecutivos o alternados de deuda de aportes. En tal caso de la cobertura se deducirá la deuda y/o se imputará a la cancelación de la deuda.

El solicitante no puede registrar deuda por cuotas de préstamo.

### **4. PETICIÓN/COBRO POR TERCEROS:**

- A) FAMILIARES: Exclusivamente en las condiciones que surgen del Art. 7 de la Reglamentación vigente, en el orden y prelación allí establecidos. Previa acreditación sumaria del vínculo (partida de matrimonio, certificado de nacimiento, prueba de convivencia, etc.)
- B) APODERADO: Deberá presentarse testimonio de poder general y/o especial en favor de quien realice la presentación. Para el caso de pago al apoderado la facultad de percepción deberá resultar de manera expresa del poder. Excepcionalmente se admitirá la designación mediante CARTA PODER otorgada por ante funcionario o empleado autorizado de la Delegación, adjuntando a la misma copia de los documentos de identidad del afiliado y del apoderado.

### **5. PAGO:**

El pago del subsidio se efectuará mediante TRANSFERENCIA BANCARIA (a cuenta de titularidad del beneficiario).

Excepcionalmente se admitirá el pago por CHEQUE y/o TICKETERA (solo sucursales del Banco de la Provincia de Buenos Aires), cuando así lo solicite el/la peticionante.