

SOLICITUD DE SUBSIDIO

<input type="checkbox"/> ENFERMEDAD	<input type="checkbox"/> PRORROGA DE ENFERMEDAD
<input type="checkbox"/> INVALIDEZ	<input type="checkbox"/> PRORROGA DE INVALIDEZ

1.- DATOS DEL/LA SOLICITANTE:

NOMBRE Y APELLIDO:						
MATRÍCULA PROFESIONAL:						
DOCUMENTO (TIPO Y NÚMERO):						
CUIT/CUIL:			-			
DOMICILIO PARTICULAR (CALLE Y NÚMERO – PISO/DEPARTAMENTO):						
LOCALIDAD:					CP:	
DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO:						
TELÉFONO CELULAR:						

2.- DATOS DEL EJERCICIO PROFESIONAL:

Declaro bajo juramento el ejercicio profesional conforme al siguiente detalle:

EN PROVINCIA BS. AS. (*)	ENTIDADES (HOSPITALES – SANATORIOS – CLÍNICAS):
	CONSULTORIO PARTICULAR: calle Localidad CP:
FUERA DE PCIA. DE BS. AS.	

(*)COMPLETAR SOLO EN CASO DE MODIFICACIÓN DEL DESEMPEÑO INFORMADO EN LA DECLARACIÓN DE EJERCICIO PROFESIONAL

3.- FECHA DESDE:

En conformidad con las disposiciones de la Ley 12.207 y reglamentación vigente, solicito el otorgamiento de la presente cobertura **en razón de encontrarme imposibilitado/a para el ejercicio de la profesión en forma total y transitoria desde el:**

		/			/				
--	--	---	--	--	---	--	--	--	--

4.- DOCUMENTACIÓN QUE SE ACOMPAÑA:

- DNI (ANVERSO Y REVERSO)
- CONSTANCIA DE CUIT/CUIL (cuando no estuviere registrado en la Caja).
- CERTIFICADO DE CANCELACIÓN DE MATRÍCULA
- PRUEBA DEL EJERCICIO PROFESIONAL
- CERTIFICACIÓN DE LICENCIA EMPLEO (EN CASO DE EJERCICIO EN RELACIÓN DE DEPENDENCIA)
- CERTIFICADO MÉDICO
- ESTUDIO MEDICOS
- CBU DE CUENTA DE TITULARIDAD DEL/LA SOLICITANTE (EN CASO DE PAGO POR TRANSFERENCIA)
- OTRA DOCUMENTACIÓN (DETALLE):

5.- DATOS PARA EL PAGO EN CASO DE ACUERDO DEL BENEFICIO:

- TRANSFERENCIA (*)

ENTIDAD BANCARIA:		SUCURSAL:
TIPO DE CUENTA		N° DE CUENTA:
CBU:		

(*) Costo de la transferencia a cargo del/la solicitante

- TICKETERA
- CHEQUE

6.- DECLARACIONES Y MANIFESTACIONES:

- a) Constituyo domicilio especial (físico y electrónico) en los consignados en el Ítem 1 de la presente.
- b) Me comprometo a conservar la documentación por el plazo de 1 año para ser presentada en original en caso de ser requerida por la Caja.
- c) Declaro estar en conocimiento del marco legal y reglamentario aplicable.
- d) Me comprometo a notificar la fecha de reinicio del ejercicio profesional y declaro estar en conocimiento de la incompatibilidad entre el acceso a la cobertura y el desempeño médico en cualquier jurisdicción y bajo cualquier modalidad, durante todo el período que dure la misma.
- e) Presto conformidad para que en caso de registrar deuda y acordarse el beneficio se realicen las deducciones/imputaciones que pudieran corresponder por aportes/planes/préstamos.
- f) Estar en conocimiento que la presente petición se encuentra sujeta a evaluación médica y resolución de Directorio.

LUGAR Y FECHA:

.....
FIRMA Y ACLARACION