

SOLICITUD DE BENEFICIO DE SUBSIDIO MUTUAL POR INCAPACIDAD TOTAL ABSOLUTA Y TRANSITORIA

_____ de _____ de 20____
(Fecha: Localidad, día y mes)

Señor Presidente

El que suscribe, _____

Beneficiario/a del Sistema Subsidio Mutual y de acuerdo a la Res. N° 2189/12, solicito a Ud., quiera tener a bien otorgarme el Subsidio por incapacidad total absoluta y transitoria.

Matrícula N° _____ / _____

N° de Documento _____

N° Celular _____

Correo Electrónico _____

Datos bancarios:

Banco _____ N° de Cuenta _____

CBU _____

DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR - Resolución N° 2189/12

- Informe de Incapacidad Total y Transitoria, confeccionado por su médico asistente (www.cajaprever.org.ar)
- Otra documentación a fin de ampliar el informe que avale el estado (Historia clínica, protocolo quirúrgico, estudios etc.)
- Listado de trabajos ejecutados anteriormente a la fecha del siniestro, pendientes de cobro, como así también aquellos pendientes de ejecución

(*) En caso de requerirse ampliación de documentación, por parte de Caja Prever, se le comunicará y solicitará al Afiliado.

Firma y Aclaración

IMPORTANTE:

- Para todos los beneficios es condición necesaria **estar al día con el Resumen Mensual de Cuentas y con los Aportes Previsionales**
- Poseer matrícula Habilitada en el Colegio Correspondiente
- Haber cumplido con el período de carencia conforme a lo establecido en el Art. 6º (Afiliados que ingresen por primera vez: 12 (doce) meses inmediatos anteriores al hecho generador del beneficio; Afiliados que reingresen al sistema por rehabilitación de la matrícula: 6 meses inmediatos anteriores al hecho generador del beneficio)
- Se establece un plazo general de 180 días corridos, desde que se produce el hecho para solicitar el mismo

INFORME DE INCAPACIDAD TOTAL FÍSICA TRANSITORIA O PERMANENTE

Apellido y Nombre _____
Matrícula N° _____/____

ACTIVIDAD ACTUAL HABITUAL (dar detalles aclaratorios)

Fecha de la primera consulta médica en relación a la causa que motiva esta INCAPACIDAD: ____/____/____
Indicar medios complementarios, diagnósticos y tratamientos indicados en esa ocasión:

Datos del Médico Tratante

Apellido y Nombre _____
Matrícula N° _____ Especialidad _____
N° de Documento _____
Domicilio y N° _____ Piso _____ Dpto. _____
Localidad _____ Provincia _____ CP. _____
Correo Electrónico _____

HISTORIA CLÍNICA:

ESTADO ACTUAL:

Sintomatología subjetiva:

Signos constatados:

Resultados positivos de los medios complementarios:

TRATAMIENTO (Monodroga - dosis diarias - Nombre Comercial – Tratamiento (en mg) (total))

DIAGNÓSTICO

Fecha desde que se encuentra incapacitado ____/____/____

Tiempo de mejoría, curación estimada en meses: _____

La incapacidad actual le permite desarrollar su actividad habitual: _____

Porcentaje de la incapacidad en relación a la capacidad laboral total y a su actividad habitual: _____

DICTAMEN Y/O OBSERVACIONES

Firma y Sello del Médico Tratante

Visado Médico Auditor Caja Prever