

## SOLICITUD DE BENEFICIO DE SUBSIDIO MUTUAL POR INCAPACIDAD TOTAL, ABSOLUTA Y PERMANENTE

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ 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 permanente.

Matrícula N° \_\_\_\_\_/\_\_\_\_

N° de Documento \_\_\_\_\_

N° Celular \_\_\_\_\_

Correo Electrónico \_\_\_\_\_

Datos bancarios:

Banco \_\_\_\_\_ N° de Cuenta \_\_\_\_\_

CBU \_\_\_\_\_

### DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR - Resolución N° 2189/12

- Póliza de Subsidio Mutual, entregada por el afiliado fallecido firmada a sus beneficiarios (ultima declarada por sistema de autogestión)
- Todo elemento probatorio del estado de Incapacidad Absoluta y Permanente
- Constancia de cancelación de matrícula ante el/los Colegios Profesionales en el que se hallare inscripto
- Constancia de renuncia a todo trabajo en relación de dependencia, aún de tareas o cargos docentes
- Fotocopia de 1ra. Y 2da. Hoja del D.N.I.

(\*) 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)