



PRÓRROGA SUBSIDIO INCAPACIDAD NO DEFINITIVA

(SÓLO PARA CASOS COMPRENDIDOS POR R/D 608/2023 DE 03/08/2023)

DEPARTAMENTO DE SERVICIO MÉDICO

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: _____

Se notifica que:

1. 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 Fondode Solidaridad y su Adicional.
2. Para el caso de nueva 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.
3. Deberá presentar al Servicio Médico de la Caja, certificado médico original, acompañado de timbre profesional correspondiente.
4. Se considera notificado del beneficio una vez acreditado el pago.

Fecha

Firma del profesional