

SOLICITUD DE SUBSIDIO POR INTERVENCIÓN MÉDICO-QUIRÚRGICA

Afiliado N°

Fecha:

E-Mail :
(Dirección de correo electrónico donde acepto la validez de todas las notificaciones)

Apellidos y nombres del afiliado :

Datos del causante (en caso de tratarse de un familiar a cargo):

Apellido y nombres del familiar:

Nro. de documento del familiar:

Fecha de nacimiento del familiar: Vínculo:

Fecha de la intervención quirúrgica:

Fecha de comienzo y fin de la intervención:

Institución donde se llevó a cabo la intervención:

CBU:
(Cuenta en la que será depositado el subsidio)

Domicilio: Localidad:

Código Postal: Teléfono:

Documento de identidad: Estado civil:

Fecha de nacimiento afiliado
TODOS LOS DATOS SON OBLIGATORIOS

*DECLARO CONTAR CON OBRA MÉDICO ASISTENCIAL SI/NO --- DENOMINACIÓN
INCLUYE GRUPO FAMILIAR SI-NO*

*DECLARO QUE LOS DATOS CONSIGNADOS SON CIERTOS Y REALES Y QUE LOS FORMULO CON CONOCIMIENTO
DE LAS PENALIDADES DEL ART. 293° DEL CÓDIGO PENAL.*

.....
Firma

La firma que precede de don/ña.....ha sido puesta en mi
presencia exhibiendo documento de identidad tipo DNI - LE - LC N°

.....
Firma

Sello aclaratorio

Podrán autenticar: Juez de Paz , Escribano de Registro, Presidente del Colegio Departamental y funcionarios de la Caja de Previsión Social

SUBSIDIO POR INTERVENCIÓN MÉDICO-QUIRÚRGICAS - REQUISITOS

- Debe estar al día con la Cuenta de aportes previsionales, al momento de producido el hecho generador del derecho.

Cumplido ello deberá agregarse la siguiente documentación:

1°) Cumplimentar el formulario de solicitud, con indicación expresa si posee o no mutual, caso afirmativo indicar mutual/es a las que se encuentra adherido.

2°) Haber dado cumplimiento a lo establecido por las Leyes 7.014 y 10.973 y encontrarse al día en el pago de sus aportes previsionales.(*)

3°) Adjuntar a la solicitud:

- a) Certificado médico con la amplitud informativa necesaria relacionada con la práctica que se le realizara, con indicación del Código correspondiente a la intervención, de acuerdo al Nomenclador Nacional de Prestaciones Médicas y Sanatoriales, para permitir a nuestro Asesor Médico emitir su informe.
- b) Constancias del establecimiento donde se hubiera practicado la intervención quirúrgica.
- c) Para el supuesto que el Subsidio se solicitara por intervención de:
 - Esposa: Acreditar el vínculo mediante presentación de fotocopia autenticada del certificado de matrimonio. Para el caso de Conviviente, deberá presentar Declaración Jurada realizada por ante Juzgado competente a su domicilio, que conste período de convivencia y existencia o no de hijos.
 - Hijos menores de 18 años: Deberá acompañar fotocopia autenticada del certificado de nacimiento.
 - Hijos mayores incapacitados: Además del punto anterior, el certificado médico donde conste la incapacidad.

(*) APORTES: Este beneficio se otorgará a aquellos afiliados que no registraren deuda por aportes previsionales mayor a **tres (3) duodécimos de ABAO alternados o consecutivos**.

PLAZO DE SOLICITUD: Dentro de los ciento ochenta (180) días de ocurrido el hecho generador del derecho.

La Caja tiene el derecho de verificar y controlar las causas determinantes del Subsidio que se solicita, disponiendo que se cumplan todos los requisitos reglamentarios para el resguardo de los intereses de la misma. Cualquier impedimento al ejercicio de este derecho o la falta de aportes informativos que se soliciten, o la constatación de cualquier clase de abuso, será causa suficiente para no reconocer el beneficio.

(Para los casos de Familiares a cargo se abonará un importe máximo equivalente al 50% del fijado para los afiliados, en su categoría).