

SOLICITUD DE SUBSIDIO POR INCAPACIDAD TEMPORARIA

Afiliado N°

Fecha:

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

Apellidos y nombres completos :

Domicilio: Localidad:

Código Postal:Teléfono:

Documento de identidad:.....Estado civil:

Tipo y número

Sucursal Bco. Provincia (indique en que sucursal preferiría que se le abra cuenta):

PERSONAS A CARGO:

Apellidos y nombres completos	Parentesco	Documento	Nacimiento	Incapacidad

Otros beneficios:

SI
 NO

Tipo:.....

Otorgado o en trámite:.....

Caja:..... Expediente N° :

Indicar si posee Obra Médico-Asistencial

SI
 NO

¿Cuál?.....

Causales de incapacidad temporaria: Se adjuntan copias de Historia Clínica y de los certificados médicos donde constan las patologías existentes y la fecha de comienzo de la incapacidad temporaria.

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