



Beneficio que solicita: (Marcar con una "X")

<input type="checkbox"/> Subsidio por Incapacidad Total y Transitoria	(Únicamente para Abogados Activos)
<input type="checkbox"/> Prorroga de Subsidio por Incapacidad Total y Transitoria	(Únicamente para Abogados Activos)
<input type="checkbox"/> Subsidio por Enfermedad y Edad Avanzada	(Únicamente para Jubilados y Pensionados)

Datos del Afiliado comunes a todos los trámites:

Apellido/s y Nombre/s completos					
Número de Legajo		Tipo y Número de Documento			
Nacionalidad		Colegio de Abogados / Delegación		Tomo Folio	
Domicilio Real	Calle:	N°:	Torre/Bloque:	Piso:	Dpto.:
	Barrio Privado / Country:		Localidad:		C.P.:
	Teléfono/s: ()	Fax: ()	Celular: ()	E-mail:	
Domicilio Legal (Estudio Profesional)	Calle:	N°:	Torre/Bloque:	Piso:	Dpto.:
	Localidad:		C.P.:		
	Teléfono/s: ()	Fax: ()	Celular: ()	E-mail:	
Domicilio Postal	<input type="checkbox"/> Domicilio Real		<input type="checkbox"/> Domicilio Legal		<input type="checkbox"/> Otro
	Calle:	N°:	Torre/Bloque:	Piso:	Dpto.:
	Barrio Privado / Country:		Localidad:		C.P.:
Teléfono/s: ()		Fax: ()	Celular: ()	E-mail:	

Marque con una cruz (X) el domicilio para recibir correspondencia. El domicilio por usted indicado se considerará como "**constituido**" a los efectos de las comunicaciones que emita esta Caja.

Completar con los datos del autorizado a tramitar el pedido: (no habilita para el cobro del beneficio)

Apellido/s y Nombre/s completos					
Domicilio Real	Calle:	N°:	Torre/Bloque:	Piso:	Dpto.:
	Barrio Privado / Country:		Localidad:		C.P.:
	Teléfono/s: ()	Fax: ()	Celular: ()	E-mail:	

TODOS LOS DATOS CONSIGNADOS EN ESTE EJEMPLAR REVISTEN CARÁCTER DE DECLARACIÓN JURADA

Lugar y fecha:

Certificación de identidad y firma contra presentación de documento	
Sello de cargo y firma del empleado que recibe	Firma y aclaración del afiliado

Form. 54/9

SIGUE AL DORSO



Apellido y Nombre	N° Legajo
<p>Beneficio solicitado: (Marcar con una "X")</p> <input type="checkbox"/> Subsidio por Incapacidad Total y Transitoria <input type="checkbox"/> Prorroga de Subsidio por Incapacidad Total y Transitoria <input type="checkbox"/> Subsidio por Enfermedad y Edad Avanzada	
Sello de cargo y firma	

TALÓN PARA EL AFILIADO

Completar solo en caso de tramitar un Subsidio por Incapacidad Total y Transitoria:

Tiempo de Incapacidad Total por el cual solicita el beneficio: desde el [] [] [] hasta el [] [] [] días: []
Porcentaje de incapacidad para el Ejercicio Profesional: [] %

DECLARO TENER CONOCIMIENTO DE LAS DISPOSICIONES REGLAMENTARIAS VIGENTES QUE DETERMINAN QUE ESTE BENEFICIO DEBO SOLICITARLO DENTRO DE LOS 60 DÍAS DE PRODUCIDA LA INCAPACIDAD. ASIMISMO, QUE EN CASO DE NO SOLICITARLO DENTRO DE DICHO PLAZO CADUCARÁ EL DERECHO QUE HUBIERA CORRESPONDIDO. TAMBIÉN QUE LA INCAPACIDAD QUE DENUNCIÓ DEBE COMPROBARSE MEDIANTE JUNTA MÉDICA DURANTE EL TRANSCURSO DE LA DOLENCIA.

A ESTOS EFECTOS, PROPONGO COMO MÉDICO DE MI PARTE AL DR. _____
QUIEN INTEGRARÁ LA JUNTA MÉDICA EXIGIDA POR LA REGLAMENTACIÓN EN EL DIA Y HORA EN QUE SE FIJE.

Documentación que debe acompañar a la
"Solicitud de Subsidio por Incapacidad Total y Transitoria"

- Certificado de Matrícula Otro: _____
 Documentación médica sobre la incapacidad denunciada
 Historia Clínica de internación (fotocopia certificada)
 Certificado médico consignando pronóstico de evolución

Completar solo en caso de tramitar un Subsidio por Enfermedad y Edad Avanzada:

A LA FECHA CUENTO CON ____ AÑOS DE EDAD. ACOMPAÑO A ESTA SOLICITUD EL/LOS (*) CERTIFICADO/S MÉDICO/S SUSCRIPTO/S POR EL/LOS DOCTOR/ES _____

DEL/LOS QUE SURGE QUE NO PUEDO BASTARME A MI MISMO Y POR ENDE, NECESITO LA ATENCIÓN PERMANENTE DE OTRA PERSONA PARA LLEVAR A CABO MIS NECESIDADES BÁSICAS POR EL LAPSO DE _____ O EN FORMA PERMANENTE, TAL COMO SE MENCIONA EN LA DOCUMENTACIÓN MÉDICA QUE SE ACOMPAÑA.

ASIMISMO, POR LA PRESENTE, OTORGO CARTA PODER A _____

DOCUMENTO DE IDENTIDAD _____ CON DOMICILIO EN CALLE _____

N° _____ PISO _____ DPTO. _____ DE LA LOCALIDAD DE _____

PARA TRAMITAR EL PRESENTE BENEFICIO.

PARA COBRARLO SOLICITO QUE OPORTUNAMENTE SE INCORPORE EL PAGO CONJUNTAMENTE CON MIS HABERES PREVISIONALES.

PARA DAR INGRESO A ESTA SOLICITUD ES INDISPENSABLE LA PRESENTACIÓN DE LA TOTALIDAD DE LA DOCUMENTACIÓN REQUERIDA

Observaciones

Firma y sello del responsable que recibe