



Caja de Profesionales
Universitarios

Andes 1521 - Tel.: 2902 8941
C.P. 11.100 - Montevideo - Uruguay
www.cajadeprofesionales.org.uy

COMPENSACIÓN DE GASTOS DE SALUD

R/D 23.5.2001

ACTIVOS

DEPARTAMENTO DE SERVICIO MÉDICO

DATOS DEL AFILIADO

FECHA DE SOLICITUD: _____ N° DE AFILIADO: _____

NOMBRE: _____

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

PROFESIÓN: _____

DOMICILIO CONSTITUIDO (C.T.): _____

DEPARTAMENTO: _____ LOCALIDAD: _____

CÓDIGO POSTAL: _____ TELÉFONO: _____

CELULAR: _____ CORREO ELECTRÓNICO: _____

DATOS DE LA PERSONA PARA LA CUAL SE SOLICITA EL BENEFICIO

NOMBRE: _____

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: _____

En el caso de afiliados activos se notifica que para el cobro del beneficio que solicita, deberá encontrarse al día con sus obligaciones (Art. 123 de Ley 17738). En caso de incurrir en morosidad o formular declaración de no ejercicio, se suspenderá el pago de este beneficio. Si la declaración jurada de no ejercicio es retroactiva deberá devolver los importes cobrados en demasía.

Fecha

Firma del profesional