



PRÓRROGA SUBSIDIO POR INCAPACIDAD TEMPORAL
DEPARTAMENTO DE SERVICIO MÉDICO

DATOS DEL AFILIADO

Nº DE AFILIADO: _____

NOMBRE COMPLETO: _____

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

PROFESIÓN: _____

DOMICILIO CONSTITUIDO (CT): _____

DEPARTAMENTO: _____ LOCALIDAD: _____

C.P.: _____ TELÉFONO: _____ CELULAR: _____

CORREO ELECTRÓNICO: _____

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.*
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 acompañado de timbre profesional correspondiente.*
4. *Se considera notificado del beneficio una vez acreditado el pago.*

Fecha

Firma del profesional