



**Datos del Afiliado**

Apellido/s y Nombres completos													
Número de Documento							Afiliado/a n°						
DOMICILIO REAL													
Calle						N°		Piso			Depto.		
Teléfonos						Cel.							
E-mail													
Localidad							Código postal						

El goce de éste subsidio se iniciará a partir del trigésimo día del hecho incapacitante y deberá ser solicitado dentro de los sesenta (60) días hábiles de producida la incapacidad la que podrá ser comprobada por las vías que establezca la institución.

**DECLARACION JURADA**

Declaro que desde el / / / / / / / / / a la actualidad no me encuentro desarrollando actividad profesional alguna, en pleno conocimiento de la responsabilidad ética y legal.  
La falsedad de la presente manifestación importará el cese de la prestación y la devolución de las sumas percibidas indebidamente.

.....  
Lugar y fecha

.....  
Firma y aclaración del afiliado

Indicar con un tilde los requisitos que cumple y fotocopias que acompañan a la solicitud

- Aportes al día
- Plazo: dentro de los 60 días de producida la incapacidad
- Tener al menos un año de antigüedad como afiliado
- Historia Clínica certificada por el profesional tratante
- Certificado de Trabajo (si trabaja en relación de dependencia)

PARA DAR INGRESO A ESTA SOLICITUD ES INDISPENSABLE LA PRESENTACION DE LA TOTALIDAD DE LA DOCUMENTACION REQUERIDA Y EN EL CASO DE FOTOCOPIAS SE DEBERA COTEJAR CON EL ORIGINAL DEJANDO CONSTANCIA EN LA MISMA, DE TAL SITUACION

.....  
Firma y sello del responsable que recibe

.....  
Fecha de envío a Sede Central