



Solicitud Subsidio por Enfermedad

Fecha _____

**Sr. Presidente de la Caja de Previsión y Seguro Médico De la Provincia de Buenos Aires
Su Despacho**

Apellido/s y Nombre/s	inscripto en el Colegio de Médicos del Distrito	
Matrícula N°	Documento DNI / LE / LC	CUIT / CUIL
nacido el	con domicilio real en la localidad de	
Domicilio particular: Calle / N° / Piso / Dpto.	Teléfono	eMail

se dirige al señor Presidente a fin de solicitar el beneficio de **Subsidio por Enfermedad**, de conformidad con las disposiciones de la ley 12.207 que estima le corresponde por encontrarse imposibilitado en forma total desde el _____ para ejercer la profesión de médico.

Declaro por la presente haberme notificado acerca de la documentación y formalidades que la misma debe cumplir, que debo presentar para la viabilidad de la presente solicitud.

Declaro conocer también, que el ejercicio profesional en la Provincia de Buenos Aires es determinante para la concesión de beneficios de la Caja, según texto expreso de los Artículos 3° y 44° de la Ley 12207, que dicen:

Artículo 3°: "Están comprendidos en las previsiones de esta Ley, los médicos matriculados, colegiados en la Provincia de Buenos Aires; entidad de Ley correspondiente y debidamente integrados al Registro Previsional de la Caja, que ejerzan su profesión en ella y que hayan dado cumplimiento a las disposiciones de esta Ley, su reglamentación y de las disposiciones reglamentarias.

Vencidos los plazos para el pago de los aportes determinados en la presente Ley, el afiliado quedará automáticamente en mora suspendiéndoselo en todas las prestaciones que solicitare para contingencias generales en hechos ocurridos desde la mora hasta el cumplimiento de su obligación.

A los efectos deberá cancelar la deuda pendiente, con más los ajustes, recargos e interés que establezca la Reglamentación que dicte el Directorio con aprobación de la Asamblea, de conformidad a las normas vigentes. El cumplimiento surtirá efecto con respecto a las contingencias que se generen a partir del mismo o las preexistentes, pero cuyas consecuencias se extendiesen después del pago.

En este último caso la presentación que correspondiere se abonará a partir del cumplimiento de los pagos por parte del afiliado.

Artículo 44°: Los médicos inscriptos en la matrícula del Colegio de Médicos de la Provincia de Buenos Aires, –Entidad de Ley respectiva– e integrados en el Registro Previsional, son miembros de esta Caja y beneficiarios de la misma, de conformidad con las disposiciones de esta Ley, su Reglamentación y las disposiciones que, encuadradas en las mismas, dicte el Directorio. Sin perjuicio de ello, es requisito indispensable, para invocar el carácter de beneficiario, la actividad profesional en la Provincia, en forma de ejercicio continua, permanente e ininterrumpida, o en lapsos que sumados completen el periodo legal, en fecha inmediata anterior a la solicitud de prestación y pagos regulares de todos los aportes que establece esta Ley", y que la prueba de los mismos, a fin de agilizar trámites, es reemplazada por la declaración jurada de los solicitantes, con los efectos y responsabilidades de Ley, sin perjuicio de las certificaciones y acreditaciones que la Caja requiere.



El solicitante Dr.

declara por la presente conocer que la Caja puede ordenar la prueba sobre los servicios declarados y que si esta prueba resulta contraria a sus dichos prestados en carácter de declaración jurada, siendo responsable de los mismos y de su eventual falsedad, será sancionado sin más trámite con la pérdida del beneficio y el reintegro actualizado con más el interés del 8% de los haberes por Subsidio por Enfermedad indebidamente percibidos.

Asimismo declaro conocer el impedimento legal de ejercer la profesión de médico en cualquiera de sus formas durante el lapso que gozare del Subsidio por Enfermedad y me comprometo a comunicar de inmediato a la Caja, por pieza certificada, cuando recupere la capacidad de ejercer.

Dejo establecido, que en caso de rehabilitar mi matrícula, produciendo mi reintegro al ejercicio profesional antes del plazo de vencimiento del presente subsidio, me comprometo a la devolución inmediata de las sumas percibidas de más. Caso contrario desde ya acepto los cargos por actualización de valores e intereses respectivos. Sin otro particular, lo saludo a usted con mi mayor consideración.

Firma

Para Uso Exclusivo de la Delegación

Se procedió a designar los integrantes de la Junta Médica que se constituirá a los fines de determinar el grado de incapacidad que le ocasiona la enfermedad sufrida por el Doctor

Fecha

Firma y Sello