



SOLICITUD DE BENEFICIO PREVISIONAL

- Subsidio por Incapacidad Temporaria Absoluta.
- Subsidio por Incapacidad Parcial Permanente.
- Subsidio por Incapacidad Total Permanente.

Datos Personales del Afiliado

APELLIDO(S): _____

NOMBRE(S): _____

FECHA DE NACIMIENTO: / / _____

SEXO: _____ NACIONALIDAD: _____

TIPO DE DOCUMENTO: _____ N°: _____

N° DE AFILIADO: _____

C.U.I.T./C.U.I.L./C.D.I. N°: _____

MATRÍCULA N°: _____

ESTADO CIVIL: _____

TELÉFONO/CELULAR: _____

Domicilio Profesional

DIRECCIÓN: _____

LOCALIDAD: _____ CÓDIGO POSTAL: _____

PROVINCIA: _____

TELÉFONOS: _____

Domicilio Real

DIRECCIÓN: _____

LOCALIDAD: _____ CÓDIGO POSTAL: _____

PROVINCIA: _____

TELÉFONOS: _____

DIRECCIÓN E-MAIL: _____

Lugar y Fecha:

Firma y Sello

Adjuntar a la presente la siguiente documentación, **FOTOCOPIAS AUTENTICADAS DE:**

- a) Título Profesional
- b) Matricula Nacional y Provincial
- c) DNI primera y segunda hoja.
- d) Convenio Multilateral (en caso de estar afiliado a otra Caja Profesional)