



Solicitud de Subsidio

Datos del Socio

Nombres y Apellidos : _____

Socio N°: _____ C.I.N° _____ Fecha _____

FAM : Maternidad Incapacidad Transitoria Ayuda de Sepelio

FAP: Invalidez o incapacidad permanente Fallecimiento

Firma _____

Datos del Solicitante

Nombres y Apellidos : _____

Socio N°: _____ C.I.N° _____

Relación Familiar _____ Firma _____

Requisitos

- Completar la solicitud sin enmiendas
- Presentar Certificado Médico y Constancia de Internación firmado por el médico tratante (Formulario proveído por la Caja Médica)
- Adjuntar todos los estudios que respalden el pedido de Subsidio (radiografías, ecografías, placas, estudios clínicos y laboratoriales)

Para Casos de Maternidad:

- Completar la solicitud sin enmiendas
- Presentar Certificado Médico firmado por el médico tratante (Formulario proveído por la Caja Médica)
- Adjuntar copia de Certificado de Nacimiento o copia de la última ecografía (en caso de presentar durante el embarazo)

Para todos los casos:

- Contar con antigüedad mínima de 9 meses
- Contar con antigüedad de 12 meses para los casos de FAP
- **Estar al día con el pago de los Aportes y Solidaridad**

Uso Interno

Recibido por _____

Fecha de Recepción _____

Aporte _____ FAM _____ FAP _____