

SOLICITUD DE SUBSIDIO



DATOS DEL SOCIO

Nombres y Apellidos: _____

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

FAM: Maternidad

FAP: Invalidez o Incapacidad Permanente

Incapacidad Transitoria

Fallecimiento

Ayuda de Sepelio

Firma: _____

DATOS DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos: _____ Socio N°: _____

C.I.N°: _____ Relación Familiar: _____ Firma: _____

PREFERENCIA PARA DESEMBOLSO DEL FAM EN CASO DE APROBACIÓN

(Para el desembolso deben ser entregados los siguientes documentos originales: Solicitud, Certificado y Constancia)

Forma de Pago:

Cheque (A retirar de la Institución)

Acreditación en Cuenta

El asociado manifiesta que es titular de la cuenta individualizada más abajo, y OPTA por el sistema de "acreditación en cuenta", solicitando a la CAJA MÉDICA, que deposite las sumas correspondientes en la siguiente cuenta bancaria:

Nombre del Titular de la Cuenta	
Nro. de Cédula del Titular	
Nombre de la Entidad Bancaria	
Nro. de la Cuenta en Guaraníes	

* En los casos de acreditación en la cuenta individualizada más arriba, serán suficiente para justificar los pagos, las constancias y/o extractos emitidos por la institución donde se realizó el depósito, sin que ello impida a la CAJA MÉDICA exigir la constancia o recibo del asociado por cada depósito.

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: