



JUBILACIÓN EXTRAORDINARIA
PRIMERA PARTE: REALIZACIÓN DE JUNTA MÉDICA Y APROBACIÓN
(Trámite Digital)

IMPORTANTE: La página titulada “Historia Clínica (para Prestaciones)” deberá completarse y firmarse por su médico tratante. Es necesario que el afiliado acompañe documentación o estudios médicos respaldatorios. La negativa a someterse al análisis de la Junta Médica implicará el desistimiento de la solicitud.

Lugar y fecha: de de 20.....

Sr./a Presidente de la Caja de Seguridad Social para Odontólogos de la Provincia de Buenos Aires

S / D:

De mi consideración:

El/La que suscribe....., afiliado/a N°....., con domicilio real en la calle.....N°..... de la localidad de, teléfono fijo....., teléfono celular....., y domicilio profesional en calle..... N°..... de la localidad de, de acuerdo con lo dispuesto por la ley 8.119, el Reglamento de Jubilación Extraordinaria y el Reglamento de Prestaciones Diferenciadas (este último en caso que sea aplicable a mi caso) para afiliados a la Caja de Seguridad Social para Odontólogos de la Provincia de Buenos Aires, los que declaro bajo juramento conocer y aceptar en todos sus términos, cumple en dirigirse al/ a la Sr./a. Presidente con el objeto de solicitarle se le acuerde la Jubilación Extraordinaria por incapacidad permanente, previa realización de la **Junta Médica** dispuesta por la legislación citada. Asimismo declaro bajo juramento lo siguiente: 1) Que he sido informado que, una vez realizada la segunda parte del trámite, podré (en caso de contar con la misma) solicitar la baja de la cobertura médica que brinda Fundación CO.ME.I., dado que la misma reviste carácter voluntario para los jubilados, para ello deberé utilizar a tal efecto el formulario “Solicitud de baja de CO.ME.I. para el titular jubilado” disponible en www.cajaodo.org.ar; 2) Que he sido informado que puedo dar de baja a mis adherentes en dicha cobertura médica, utilizando el formulario “Solicitud de baja de adherentes voluntarios al sistema de cobertura médica” disponible en www.cajaodo.org.ar; 3) Que he sido informado que, una vez finalizadas y aprobadas ambas etapas del trámite, si al momento de comenzar a percibir mis haberes jubilatorios, no he solicitado la baja de la cobertura médica para mi o para mis adherentes, en caso de corresponder, se realizarán los descuentos de los aportes respectivos de mis haberes, consintiendo en un todo dichos descuentos y 4) Que he sido informado que, una vez finalizadas y aprobadas ambas etapas del trámite, si al momento de comenzar a percibir mis haberes jubilatorios mantuviere algún tipo de deuda con la Caja, la misma será descontada de mis haberes, consintiendo en un todo dichos descuentos.

¿Designa un médico particular (a su costa) para integrar la Junta Médica indicada por la Ley 8.119?

SI

NO

En caso de designar, complete los siguientes datos del Médico:

✓ Apellido y Nombre: _____

- ✓ Domicilio (y Localidad): _____
- ✓ Correo electrónico: _____
- ✓ Teléfono de contacto: _____

IMPORTANTE: La Jubilación Extraordinaria, en caso que sea otorgada, sólo subsiste mientras permanezca la incapacidad total y permanente para ejercer la profesión en los términos expuestos por la Ley 8.119 (y modif.). Si la Caja comprobare en cualquier momento que la misma ha cesado, se discontinuará de inmediato el beneficio, sin derecho a reclamo o indemnización alguna. El afiliado deberá suministrar toda la documentación médica que le sea requerida por la Caja y deberá someterse a los controles médicos que la Caja le requiera.

Firma y Aclaración del solicitante

Documentación Necesaria:

Para tramitar el presente beneficio es necesario acompañar la siguiente documentación

- a) Fotocopia de D.N.I. (formato "tarjeta" o posterior) o Partida de Nacimiento del solicitante.
- b) Historia Clínica suscripta por el médico tratante (se encuentra en la página N° 3 del presente formulario).
- c) Documentación respaldatoria de la patología denunciada (constancias Médicas, estudios clínicos, y cualquier otra documentación que la Auditoría Médica y/o la Junta Médica pueda tener en cuenta para determinar la incapacidad).

Presentación del Trámite: El trámite deberá enviarse exclusiva e inexcusablemente a la dirección de correo electrónico: tramitesonline@cajado.org.ar.

El envío a cualquier otra dirección de correo electrónico, inclusive perteneciente a la institución, será rechazado y el trámite no se tendrá por presentado. Los plazos previstos por la Reglamentación deberán cumplirse con la presentación ante la dirección de correo electrónico arriba enunciada.

Constitución de Domicilio Electrónico:

COMPLETE AQUÍ



CORREO ELECTRONICO:

Constituyo el correo arriba indicado como domicilio electrónico, aceptando que allí se envíen todas las notificaciones sucesivas por parte de la Caja de Seguridad Social para Odontólogos de la Provincia de Buenos Aires, sin poder desconocer la recepción de las notificaciones allí cursadas. Me comprometo a revisar diariamente la bandeja de entrada de mi correo electrónico arriba denunciado, como así también las bandejas de spam, correo no deseado, y/o toda otra en la que pudiera recibir las notificaciones de parte de la Caja. Acepto que las notificaciones dirigidas a mi domicilio electrónico serán fehacientes y válidas.

Constitución como Depositario de la Documentación presentada:

Manifiesto que el presente formulario ha sido digitalizado y enviado electrónicamente, siendo auténtica la firma rubricada al pie del presente.

Acepto convertirme en depositario a título gratuito de la documentación original, presentada digitalmente (en los términos de los Arts. 1356 y ss. del Cód. Civ. y Com. de la Nación), por el término de un (1) año desde la fecha de presentación del trámite ante la Caja por vía digital. Se me ha indicado, entiendo y acepto que la falta de presentación ante la solicitud podrá acarrear la pérdida del beneficio, y las sanciones que oportunamente determine el Directorio de la Institución. Acepto que el requerimiento de la documentación original se realice al domicilio electrónico constituido en este formulario. Asimismo, en dicha oportunidad certificaré mis firmas frente a personal de la Caja.

Declaro que la firma en los formularios correspondientes me pertenece y que la presente solicitud ha sido realizada en pleno uso de mis facultades mentales, responsabilizándome personalmente de cualquier daño que la falsedad en dicha declaración acarree en forma alguna a la Caja.

Se me ha informado y acepto que:

La Caja de Seguridad Social para Odontólogos de la Provincia de Buenos Aires se reserva el derecho de no aceptar los formularios y documentación acompañada digitalmente o en papel si existieran dudas sobre la autenticidad y/o veracidad de los mismos.

La Caja de Seguridad Social para Odontólogos de la Provincia de Buenos Aires se reserva las acciones legales correspondientes en caso de cometerse, por esta u otra vía, cualquier daño o perjuicio en su contra.

Firma y Aclaración del solicitante

Historia Clínica (para PRESTACIONES)

NOTA: Esta página se debe completar **EN SU TOTALIDAD** por el médico que actualmente asiste y trata al afiliado por la incapacidad denunciada.

AVISO LEGAL: El profesional médico que falseare datos relativos a la lesión o enfermedad por la que reclama al asegurado, incurrirá en el delito de falsificación de documento que contempla el art. 295 del Código Penal que dice: "Sufrirá prisión de un mes a un año, el médico que diere por escrito un certificado falso, concerniente a la existencia o inexistencia, presente o pasada, de alguna enfermedad o lesión cuando de ello resulte perjuicio..."

Asimismo, incurrirá en delito de la estafa, previsto en los arts. 172 y 173, inc. 3º C.P. y castigado con pena de 1 mes a 6 años de prisión.

APELLIDO Y NOMBRE DEL PACIENTE:

.....

Naturaleza de la actual enfermedad o lesión

Antecedentes personales:

.....

.....

Examen clínico:

.....

Diagnóstico:

.....

Tratamiento indicado:

.....

Medicación indicada por la afección que genera la incapacidad (de corresponder):

Droga:

Nombre comercial:

Dosis diaria:

Pronóstico:

.....

Fecha de inicio de la Incapacidad:

Tiempo estimado de duración de la Incapacidad:

¿Está el solicitante totalmente incapacitado para ejercer su profesión?

Si está completamente incapacitado en la actualidad ¿Será permanente la incapacidad para ejercer la profesión?

.....

Fecha...../...../.....

Firma y sello _____