

# Sistema Asistencial para Abogados y Procuradores de la Provincia de Entre Ríos

**Solicitud de Beneficios N°**

**Sección:**

**Titular:**

**Matrícula:**

Sr. Presidente de  
**Caja Forense de Entre Ríos**  
 Presente

De mi mayor consideración:

Tengo el agrado de dirigirme a Ud. a efectos de solicitar los beneficios que brinda el Sistema Asistencial, los cuales detallo a continuación:

| SUBSIDIOS / (Consignar fecha de la Contingencia) | MONTO        | Marcar con una X |
|--|--------------|------------------|
| Nacimiento                                       | \$ 4.500,00  |                  |
| Adopción   | \$ 4.500,00  |                  |
| Casamiento                                       | \$ 7.000,00  |                  |
| Divorcio   | \$ 7.000,00  |                  |
| Fallecimiento                                    | \$ 50.000,00 |                  |
| Gastos de Sepelio                                | \$ 3.500,00  |                  |

| INTERNACIÓN       | Monto diario | Cantidad de días |
|-------------------|--------------|------------------|
| Nombre Titular:   | \$ 600,00    |                  |
| Nombre Adherente: | \$ 600,00    |                  |

| INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS | MONTO | Código de la Operación |
|----------------------------|-------|------------------------|
| Nombre Titular:            |       |                        |
| Nombre Adherente:          |       |                        |
| Descripción:               |       |                        |

Adjunto la siguiente documentación:

---



---



---

Atentamente.

\_\_\_\_\_  
 Firma y Sello

RESERVADO PARA CAJA FORENSE:

Ficha Adhesión N° \_\_\_\_\_

| ULTIMA CUOTA ABONADA       |         | MONTO ANUAL OCUPADO PARA INTERNACIÓN | VIGENCIA DESDE | Nombre y N° de Doc. del Beneficiario para el cobro del Sub. Por Fallecimiento |
|----------------------------|---------|--------------------------------------|----------------|---|
| MES                        | F. PAGO |                                      | MES-AÑO        |   |
|                            |         |                                      |                | Nombre:<br>Doc. N°  |
| BENEFICIO OTORGADO         |         | MONTO                                | AUTORIZACIÓN   | OBSERVACIÓN   |
|                            |         |                                      |                |   |
|                            |         |                                      |                |   |
|                            |         |                                      |                |   |
| <b>Total a abonar</b>      |         | <b>\$</b>                            | <b>Pesos:</b>  |   |
| <b>Cheque a nombre de:</b> |         |                                      |                |   |

|   |
|---|
| Pase a Contable: ___/___/___<br>Orden de Pago N° _____<br>Cheque N° _____<br>Fecha Cheque ___/___/___ |
|---|

\_\_\_\_\_  
 Firma Autorizada

## **DOCUMENTACION REQUERIDA**

### **SUBSIDIOS**

|                                 |   |
|---------------------------------|---|
| <b><u>Nacimiento</u></b>        | Original del Acta de Nacimiento, y/o la Libreta de Familia y/o fotocopias debidamente certificadas por autoridad competente                   |
| <b><u>Adopción</u></b>          | Original de la partida de nacimiento con constancia de adopción y/o fotocopia debidamente certificada, por autoridad competente, de la misma. |
| <b><u>Casamiento</u></b>        | Original del Acta de Matrimonio y/o copia certificada, por autoridad competente, de la Libreta de Familia. o del acta                         |
| <b><u>Divorcio</u></b>          | Fotocopia autenticada, por autoridad competente de la Resolución Judicial de divorcio.  |
| <b><u>Fallecimiento</u></b>     | Original del certificado de Defunción y/o copia certificada por autoridad competente, del mismo.  |
| <b><u>Gastos de Sepelio</u></b> | Original del certificado de Defunción del adherente y/o copia certificada por autoridad competente, del mismo.                                |

### **INTERNACIÓN**

Se deberá presentar constancia de internación emitida por la entidad correspondiente y la orden de internación del profesional tratante.

### **INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS**

|                           |   |
|---------------------------|---|
| <b><u>Accidentes:</u></b> | 1) Denuncia Administrativa<br>2) Denuncia Policial<br>3) Historia Clínica<br>4) Protocolo Quirúrgico                    |
| <b><u>Enfermedad:</u></b> | 1) Denuncia Administrativa<br>2) Estudio que originó la intervención<br>3) Historia Clínica<br>4) Protocolo Quirúrgico. |

Nota: Para obtener más detalles, remitirse a las Resoluciones N° 1528, N°1538, N° 1541, N° 1968 y N° 2124 del Directorio de Caja Forense de Entre Ríos, en nuestra página Web [www.cajaforense.org.ar](http://www.cajaforense.org.ar)