

SOLICITUD DE:

(Marcar con una (X) según corresponda)

CORRESPONDE EXPTE N°:

JUBILACIÓN:.....

PENSIÓN:

RECONOCIMIENTO DE SERVICIOS:.....

PRESTACIÓN ESPECIAL:.....

Para:.....

Todos los datos de este formulario reviste carácter de declaración jurada

LLENAR EN TODOS LOS CASOS CON LOS DATOS DEL AFILIADO

APELLIDO/S COMPLETO		NOMBRE/S COMPLETO			SEXO
FECHA DE NACIMIENTO	DNI N°	LIBRETA CÍVICA N°	CÉDULA DE IDENTIDAD N°	LIBRETA DE ENROLAMIENTO N°	NACIONALIDAD
1					

LLENAR ÚNICAMENTE EN CASO DE PEDIDO DE JUBILACIÓN O RECONOCIMIENTO DE SERVICIOS

ESTADO SOLTERO SEPARADO DE HECHO CASADO SEPARADO LEGALMENTE VIUDO O DIVORCIADO

DESDE:/...../.....

AUTORIDAD ANTE QUIEN SE FORMULO LA DENUNCIA:

ACCIÓN JUDICIAL INICIADA ANTE JUZGADO:.....

SECRETARIA:.....

¿TIENE OTRO BENEFICIO OTORGADO POR TRÁMITE? SI NO TIPO DE BENEFICIO.....

¿EN QUÉ CAJA O INSTITUTO?..... EXPTE N°.....

¿HA INICIADO EXPEDIENTE CON ANTERIORIDAD EN ESTE INSTITUTO? SI NO EXPTE N°.....

¿RETIRÓ APORTES? SI NO CAJA/S.....

¿COMPUTARÁ SERVICIOS DE OTRAS CAJAS? SI NO

FAMILIARES CON POSIBLE DERECHO DE PENSIÓN

(CÓNYUGES, HIJOS, PADRES, HERMANOS)

APELLIDO/S NOMBRE COMPLETO	PARENTESCO	NACIO			¿ES INCAPACITADO?		¿DEPENDE DE USTED?	
		DIA	MES	AÑO	SI	NO	SI	NO

REQUIERA LAS INSTRUCCIONES DONDE SE INDICA LA DOCUMENTACIÓN QUE DEBE ACOMPAÑAR CON ESTA SOLICITUD.

LLENAR ÚNICAMENTE EN CASO DE PEDIDO DE PENSIÓN							
APELLIDO/S NOMBRE/S COMPLETOS DE LOS SOLICITANTES	PARENTESCO	NACIO			DOC. IDENTIDAD N°	ESTADO CIVIL	TIENE OTRO BENEFICIO O EMPLEO SI NO
		DIA	MES	AÑO			
¿INICIO EXPEDIENTE CON ANTERIORIDAD EN ESTE INSTITUTO? SI NO EXPEDIENTE N°.....							
DECLARA NO CONOCER A OTRAS PERSONAS CON DERECHO A PENSIÓN (EN CASO CONTRARIO INDICAR OBSERVACIONES QUIENES SERÁN). <div style="text-align: right;">JUBILACIÓN- PENSIÓN</div>							
3 SI EL AFILIADO INICIO TRÁMITE DE JUBILACIÓN O ERA BENEFICIARIO, INDICAR EXPEDIENTE N°.....							
OBSERVACIONES							
LLENAR EN TODOS LOS CASOS POR LA/LAS PERSONAS QUE SOLICITAN EN EL BENEFICIO					IMPRESIÓN DÍGITO PULGAR (SI NO PUEDE FIRMAR)		
DOMICILIO PARTICULAR:.....					DERECHO		
N°..... LOCALIDAD:.....							
PROVINCIA: TÉLEFONO:.....					IZQUIERDO		
(DONDE NO HUBIERA CALLE PONER NOMBRE DE LA FINCA, ESTABLECIMIENTO O ESTANCIA)							
E-MAIL:.....					IZQUIERDO		
LUGAR Y FECHA:.....							
FIRMA/S:.....					IZQUIERDO		
5 ACLARACIÓN DE FIRMAS:.....							
COMPLETAR ÚNICAMENTE EN LOS CASOS DE PEDIDO DE JUBILACIÓN							
A EFECTOS DEL "SEGURO FACULTATIVO ADICIONAL" SI - NO DESEO CONTINUAR CON LOS DESCUENTOS CORRESPONDIENTE AL MISMO. ADJUNTO ÚLTIMO RECIBO DE HABERES COMO ACTIVO, SEGÚN PÓLIZA N° 5290-9995165-21,ANEXO 38 "CONDICIONES PARTICULARES"							
..... FIRMA			 ACLARACIÓN			
CERTIFICACIÓN DE IDENTIDAD Y FIRMA POR AUTORIDAD COMPETENTE (*)							
CERTIFICO QUE LOS DATOS CONSIGNADOS EN LOS RECUADROS 1 A 3 SON COPIA FIEL DEL/LOS DOCUMENTOS DE IDENTIDAD QUE EN CADA CASO SE INDICA/N QUE TUVE A LA VISTA Y QUE LA/LAS FIRMA/S IMPRESIÓN/ EN EL RECUADRO N° 5 FUERON COLOCADAS EN MI PRESENCIA.							
..... LUGAR Y FECHA			SELLO	 FIRMA		
ACLARACIÓN DE FIRMA Y CARGO							
(*) ÚNICAMENTE PODRÁN CERTIFICAR FUNCIONARIOS DE ESTE INSTITUTO Y/O CAJA POLICIA, GENDARMERIA NACIONAL, PREFECTURA NACIONAL MARITIMA. JUEZ DE PAZ, ESCRIBANO CON REGISTRO Y DIRECTORES DE HOSPITALES Y CLÍNICAS NACIONALES, PROVINCIALES Y MUNICIPALES, O PRIVADAS							
7 EN CASO DE SOLICITANTES INTERNADOS EN ESTABLECIMIENTO BAJO SU DIRECCIÓN.							