



REPUBLICA ARGENTINA
PROVINCIA DEL CHUBUT
Instituto de Seguridad Social
y Seguros

CORRESPONDE EXPTE. N°:.....

SOLICITUD DE:

(Marcar con una (X) según corresponda)

JUBILACION:.....

PENSION

RECONOCIMIENTO DE SERVICIOS:.....

Para:.....

Todos los datos de este formulario revisten carácter de declaración jurada.

LLENAR EN TODOS LOS CASOS CON LOS DATOS DEL AFILIADO

APELLIDO/S COMPLETO		NOMBRE/S COMPLETO		SEXO	
FECHA DE NACIMIENTO	LIBRETA DE ENROLAMIENTO N°	D.N.I. N°	LIBRETA CIVICA N°	CEDULA DE IDENTIDAD N°	NACIONALIDAD

LLENAR UNICAMENTE EN CASO DE PEDIDO DE JUBILACION O RECONOCIMIENTO DE SERVICIOS

ESTADO	<input type="checkbox"/> SOLTERO <input type="checkbox"/> SEPARADO DE HECHO	DESDE/...../.....	• AUTORIDAD ANTE QUIEN SE FORMULO LA DENUNCIA:.....
CIVIL	<input type="checkbox"/> CASADO <input type="checkbox"/> SEPARADO LEGALMENTE O <input type="checkbox"/> VIUDO <input type="checkbox"/> DIVORCIADO	DESDE/...../.....	• ACCION JUDICIAL INICIADA ANTE JUZGADO:..... SECRETARIA:.....

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

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

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

¿RETIRO APORTES? SI NO CAJAS:.....

¿COMPUTARA SERVICIOS EN OTRAS CAJAS? SI NO

FAMILIARES CON POSIBLE DERECHO A PENSION

(CONYUGES, HIJOS, PADRES. HERMANOS)

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

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

LLENAR UNICAMENTE EN CASO DE PEDIDO DE PENSION							
APELLIDO/S NOMBRE/S COMPLETOS DE LOS SOLICITANTES	PARENTESCO	NACIO			DOC. IDENTIDAD	ESTADO CIVIL	TIENE OTRO BENEFICIO O EMPLEO SI NO
		DIA	MES	AÑO	DNI- LC- LE- CI NUMERO		

3

¿INICIO EXPEDIENTE CON ANTERIORIDAD EN ESTE INSTITUTO? SI NO EXPEDIENTE N°.....
 DECLARA NO CONOCER OTRAS PERSONAS CON DERECHO A PENSION (EN CASO CONTRARIO INDICAR EN OBSERVACIONES QUIENES SERAN)
 JUBILACION - PENSION
 SI EL AFILIADO INICIO TRAMITE DE JUBILACION O ERA BENEFICIARIO, INDICAR EXPEDIENTE N°

OBSERVACIONES

4

LLENAR EN TODOS LOS CASOS POR LA/S PERSONA/S QUE SOLICITA/N EL BENEFICIO

IMPRESION DIGITO PULGAR
(SI NO PUEDE FIRMAR)

DOMICILIO PARTICULAR:
 N° LOCALIDAD:..... CODIGO POSTAL.....
 PROVINCIA: TELEFONO:
 (DONDE NO HUBIERA CALLE PONER NOMBRE DE LA FINCA, ESTABLECIMIENTO O ESTANCIA)
 E-MAIL:
 LUGAR Y FECHA:
FIRMA:
ACLARACION DE FIRMA:

DERECHO

IZQUIERDO

5

COMPLETAR UNICAMENTE EN LOS CASOS DE PEDIDO DE JUBILACION

A EFECTOS DEL "SEGURO FACULTATIVO ADICIONAL" SI - NO DESEO CONTINUAR CON LOS DESCUENTOS CORRESPONDIENTES AL MISMO. ADJUNTO ULTIMO RECIBO DE HABERES COMO ACTIVO. SEGÚN PÓLIZA VIGENTE.

6

FIRMA

ACLARACION

CERTIFICACION DE IDENTIDAD Y FIRMA POR AUTORIDAD COMPETENTE (*)

CERTIFICO QUE LOS DATOS CONSIGNADOS EN LOS RECUADROS 1 A 3 SON COPIA FIEL DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD QUE EN CADA CASO SE INDICA/N QUE TUVE A LA VISTA Y QUE LA FIRMA IMPRESION ESTAMPADA EN EL RECUADRO N°5 FUE COLOCADA EN MI PRESENCIA.

LUGAR Y FECHA

SELLO

FIRMA

ACLARACION DE FIRMA Y CARGO

(*) UNICAMENTE PODRAN 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 CLINICAS NACIONALES, PROVINCIALES, MUNICIPALES, O PRIVADAS EN LOS CASOS DE SOLICITANTES INTERNADOS EN ESTABLECIMIENTOS BAJO SU DIRECCION.

7