

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
		DIA	MES	AÑO	DNI- LC- LE- CI		NUMERO

¿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

3 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:
 PROVINCIA: TELEFONO:
 (DONDE NO HUBIERA CALLE PONER NOMBRE DE LA FINCA, ESTABLECIMIENTO O ESTANCIA)
 E-MAIL:
 LUGAR Y FECHA:
 FIRMAS:

DERECHO

5 ACLARACION DE FIRMAS:

IZQUIERDO

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, SEGUN POLIZA
 N° 5290-9995165-01, ANEXO 38 "CONDICIONES PARTICULARES"

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/LOS DOCUMENTOS DE IDENTIDAD QUE EN CADA
 CASO SE INDICAN QUE TUVE A LA VISTA Y QUE LAS FIRMAS IMPRESIONES ESTAMPADA/SEN EL RECUADRO N° 5 FUERON COLOCADAS 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

7 PRIVADAS EN LOS CASOS DE SOLICITANTES INTERNADOS EN ESTABLECIMIENTOS BAJO SU DIRECCION.