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.

1

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 CIVIL

☐ SOLTERO ☐ SEPARADO DE HECHO DESDE ...../...../.....

☐ CASADO ☐ SEPARADO LEGALMENTE O DIVORCIADO DESDE ...../...../.....

☐ VIUDO

• AUTORIDAD ANTE QUIEN SE FORMULO LA DENUNCIA:.....

• 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 CAJA/S:.....

¿COMPUTARA SERVICIOS EN OTRAS CAJAS? SI NO

2

FAMILIARES CON POSIBLE DERECHO A PENSION

(CONYUGES, HIJOS, PADRES, HERMANOS)

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

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