LLENAR UNICAMENTE EN CASO DE PEDIDO DE PENSION

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

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:.....

PROVICIA: ..... TELEFONO : .....

(DONDE NO HUBIERA CALLE PONER NOMBRE DE LA FINCA, ESTABLECIMIENTO O ESTANCIA)

DERECHO

E-MAIL: .....

LUGAR Y FECHA: .....

FIRMA: .....

ACLARACION DE FIRMA: .....

5

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. 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