



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

1

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

ESTADO SOLTERO SEPARADO DE HECHO DESDE/...../..... • AUTORIDAD ANTE QUIEN SE FORMULO LA DENUNCIA:.....

CIVIL CASADO SEPARADO LEGALMENTE O DESDE/...../..... • ACCION JUDICIAL INICIADA ANTE JUZGADO:.....

VIUDO DIVORCIADO 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	SI	NO

2

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

