



DECLARACIÓN JURADA

**Solicitud de BENEFICIO PREVISIONAL**

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Jubilación Ordinaria      | <input type="checkbox"/> Jubilación Ordinaria con Postergación de Beneficio      | <input type="checkbox"/> Jubilación por Invalidez  |
| <input type="checkbox"/> Jubilación Parcial        | <input type="checkbox"/> Jubilación por Mayor Edad con Postergación de Beneficio | <input type="checkbox"/> Reconocimiento de Aportes |
| <input type="checkbox"/> Jubilación por Mayor Edad | <input type="checkbox"/> Jubilación por Convenio de Reciprocidad                 |  |

**DATOS DEL AFILIADO**

Nombre/s y Apellido/s: \_\_\_\_\_

Nro. de Afiliado: \_\_\_\_\_

Documento de identidad: \_\_\_\_\_ Número de CUIT/CUIL: \_\_\_\_\_

Estado Civil: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Localidad: \_\_\_\_\_ C. P.: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Nombre/s y apellidos/s del padre: \_\_\_\_\_

Nombre/s y apellidos/s de la madre: \_\_\_\_\_

**¿Posee otro beneficio otorgado o en trámite? Si  No**

Tipo de beneficio: \_\_\_\_\_

Caja o Instituto: \_\_\_\_\_

**¿Computará servicios en otra/s Caja/s? Si  No**

**Datos de la sucursal del Banco Provincia de Buenos Aires**

Sucursal N°: \_\_\_\_\_

Sita en: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_

**Cobertura médico asistencial:** \_\_\_\_\_

Sólo en el caso de remitir la documentación por correo o por un tercero, la solicitud deberá tener la firma del afiliado debidamente certificada por autoridad competente (Escribano o Juez de Paz)

Lugar y Fecha

Firma y Aclaración

Recuerde completar el formulario de "Elección de Beneficiarios" para estar en condiciones de recibir la prestación de Subsidio por Fallecimiento y Gastos de Sepelio que otorga la Caja.

Estimado colega recuerde que para este beneficio es de suma importancia mantener su matrícula con su colegio al día y activa.