SOLICITUD DE PENSIÓN POR FALLECIMIENTO

RESOLUCIÓN:……

Nº PENSIÓN: …….....

N° AFILIADO/A: ……..

DATOS DEL BENEFICIARIO/A

Apellido: ..... Nombre/s completo/s:.....

Sexo: ..... Fecha de nacimiento: ___ / ___ / _____ Tipo de documento:.....Nº:.....

Domicilio:..... Nº:..... Piso:.....Dpto.:.....

Localidad:..... Código postal: .....Provincia:.....

Teléfono fijo: (.....) .....… Celular:.....…….……..... Correo electrónico:.....

Estado civil:……. Nacionalidad…….

Para ser presentado ante:.....

¿Computará servicios de otras cajas? SI / NO: Caja: ….....

Autorizo a la Caja a brindar mis datos personales al Centro de Jubilados y Pensionados para que me contacten y me brinden información: SI / NO

Otros beneficios previsionales/sociales: ¿Tenés otro beneficio otorgado? SI / NO – ¿o en trámite? SI / NO

Caja o Instituto: ….....Tipo de beneficio: .....

Caja o Instituto: ….....Tipo de beneficio: .....

Banco: ……

CUIT / CUIL: ……

¿Iniciaste con anterioridad un expediente en esta Caja? SI / NO Concepto: .....

¿Tenés obra social? SI / NO: Nombre:.....

DATOS DEL CAUSANTE

Apellido: ..... Nombre/s completo/s:.....

Profesión: ..... Nº matrícula profesional: .....

Situación previsional: ☐ Jubilado/a ☐ Activo/a - Fecha de fallecimiento: ____ / ____ / _____

SOLICITUD DE PENSIÓN POR FALLECIMIENTO

DEL REPRESENTANTE PARA TRAMITAR (Según Carta Poder y/o Escritura adjunta)

Apellido: ..... Nombre/s completo/s:.....

Tipo de documento:..... Nº:..... Correo electrónico:.....

Domicilio:..... Nº:..... Piso:.....Dpto.:.....

Localidad:..... ..... Código Postal: ..... Provincia: .....

Teléfono fijo: (.....).....… Celular:....……..... Vínculo con el titular: .....……..

Declaro bajo juramento que los datos consignados en este formulario son correctos y completos, que la presente se ha confeccionado sin omitir ni falsear dato alguno y que el domicilio declarado tiene el carácter de "domicilio constituido" a los fines de las notificaciones que se cursen por las actuaciones que por la presente solicitud se promueven.

Acepto y presto mi consentimiento que los datos otorgados en el presente formulario serán utilizados por la Caja de Previsión Social de los Profesionales de la Ingeniería de la Provincia de Santa Fe Segunda Circunscripción a los fines de poder gestionar el beneficio previsional que solicito. La información suministrada no va a ser alterada

.....	…….	.....
LUGAR Y FECHA	**FIRMA DEL BENEFICIARIO/ REPRESENTANTE**	**ACLARACIÓN DE FIRMA**

Certifico que los datos consignados en los recuadros anteriores son copia fiel de/los obrante/s en el/los documento/s de identidad que en cada caso se indica/n que tuve a la vista y que la firma estampada en la línea anterior fue colocada en mi presencia.

.....	…….	.....
LUGAR Y FECHA	**FIRMA DE AUTORIDAD COMPETENTE**	**ACLARACIÓN DE FIRMA Y CARGO**