



SOLICITUD DE PENSIÓN

DATOS DEL SOLICITANTE

APELLIDO/S _____	
NOMBRE/S _____	
TIPO Y N° DOCUMENTO _____	CUIT/CUIL _____
CARÁCTER POR EL QUE SOLICITA	
<input type="checkbox"/> POR DERECHO PROPIO	<input type="checkbox"/> TUTOR
<input type="checkbox"/> REPRESENTACIÓN HIJOS MENORES	<input type="checkbox"/> CURADOR
	<input type="checkbox"/> OTRO
DOMICILIO CONSTITUIDO	
CALLE _____	N° _____
PISO _____ DPTO _____	BARRIO PRIVADO _____
LOCALIDAD _____	CP _____ TEL () _____
CORREO ELECTRÓNICO	
E-MAIL _____	
DESEA RECIBIR INFORMACIÓN POR E-MAIL	SI <input type="checkbox"/> (Si la respuesta es NO se lo NO <input type="checkbox"/> notificará por correo postal)
SOLICITA USUARIO PARA LA PÁGINA WEB	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
DEPOSITO DE HABERES JUBILATORIOS Y/O REINTEGROS SALUD (Seleccionar una opción)	
1. SOLICITA APERTURA DE CUENTA EN BANCO	PROVINCIA DE BUENOS AIRES <input type="checkbox"/>
	GALICIA <input type="checkbox"/>
	FRANCÉS <input type="checkbox"/>
LOCALIDAD _____	N° SUCURSAL/DOMICILIO _____
2. DENUNCIA CUENTA BANCARIA DE LA CUAL ES TITULAR EN BANCO	
CBU <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
(Deberá adjuntar comprobante de la CBU y titularidad de la cuenta, emitido por el Banco)	

DATOS DEL AFILIADO A LA CAJA

APELLIDO/S _____	
NOMBRE/S _____	
TIPO Y N° DOCUMENTO _____	N° AFILIADO _____
FECHA FALLECIMIENTO _____	
ESTADO CIVIL A LA FECHA DE FALLECIMIENTO	
SOLTERO	<input type="checkbox"/>
CASADO	<input type="checkbox"/>
VIUDO	<input type="checkbox"/>
SEPARADO DE HECHO	<input type="checkbox"/> DESDE _____
SEPARADO LEGALMENTE	<input type="checkbox"/> AUTORIDAD ANTE QUIÉN FORMULO LA DENUNCIA/ACCIÓN
DIVORCIADO	<input type="checkbox"/> JUDICIAL INICIADA ANTE _____

FAMILIARES CON POSIBLE DERECHO A PENSIÓN

(Deberán incluirse los datos del solicitante si éste tuviera derecho a pensión)

PENSIONADO 1

APELLIDO/S _____	
NOMBRE/S _____	
TIPO Y N° DOCUMENTO _____	CUIT/CUIL _____
FECHA DE NACIMIENTO _____	PARENTESCO _____
INCAPACITADO SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	AMPARO ECONÓMICO SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
ESTADO CIVIL	
SOLTERO	<input type="checkbox"/>
CASADO	<input type="checkbox"/>
VIUDO	<input type="checkbox"/>
SEPARADO DE HECHO	<input type="checkbox"/> DESDE _____
SEPARADO LEGALMENTE	<input type="checkbox"/> AUTORIDAD ANTE QUIÉN FORMULO LA DENUNCIA/ACCIÓN
DIVORCIADO	<input type="checkbox"/> JUDICIAL INICIADA ANTE _____
DOMICILIO REAL	
CALLE _____	N° _____
PISO _____ DPTO _____	BARRIO PRIVADO _____
LOCALIDAD _____	CP _____ TEL () _____
CELULAR _____	

PENSIONADO 2

APELLIDO/S _____	
NOMBRE/S _____	
TIPO Y N° DOCUMENTO _____	CUIT/CUIL _____
FECHA DE NACIMIENTO _____	PARENTESCO _____
INCAPACITADO SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	AMPARO ECONÓMICO SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
ESTADO CIVIL	
SOLTERO	<input type="checkbox"/>
CASADO	<input type="checkbox"/>
VIUDO	<input type="checkbox"/>
SEPARADO DE HECHO	<input type="checkbox"/> DESDE _____
SEPARADO LEGALMENTE	<input type="checkbox"/> AUTORIDAD ANTE QUIÉN FORMULO LA DENUNCIA/ACCIÓN
DIVORCIADO	<input type="checkbox"/> JUDICIAL INICIADA ANTE _____
DOMICILIO REAL	
<input type="checkbox"/> IDEM A PENSIONADO N° _____	<input type="checkbox"/> OTRO
CALLE _____	N° _____
PISO _____ DPTO _____	BARRIO PRIVADO _____
LOCALIDAD _____	CP _____ TEL () _____
CELULAR _____	



PENSIONADO 3

APELLIDO/S _____	
NOMBRE/S _____	
TIPO Y N° DOCUMENTO _____	CUIT/CUIL _____
FECHA DE NACIMIENTO _____	PARENTESCO _____
INCAPACITADO SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	AMPARO ECONÓMICO SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
ESTADO CIVIL	
SOLTERO <input type="checkbox"/>	
CASADO <input type="checkbox"/>	
VIUDO <input type="checkbox"/>	
SEPARADO DE HECHO <input type="checkbox"/>	DESDE _____
SEPARADO LEGALMENTE <input type="checkbox"/>	AUTORIDAD ANTE QUIÉN FORMULO LA DENUNCIA/ACCIÓN
DIVORCIADO <input type="checkbox"/>	JUDICIAL INICIADA ANTE _____
DOMICILIO REAL	
<input type="checkbox"/> IDEM A PENSIONADO N° _____ <input type="checkbox"/> OTRO	
CALLE _____	N° _____
PISO _____ DPTO _____	BARRIO PRIVADO _____
LOCALIDAD _____	CP _____ TEL () _____
CELULAR _____	

PENSIONADO 4

APELLIDO/S _____	
NOMBRE/S _____	
TIPO Y N° DOCUMENTO _____	CUIT/CUIL _____
FECHA DE NACIMIENTO _____	PARENTESCO _____
INCAPACITADO SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	AMPARO ECONÓMICO SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
ESTADO CIVIL	
SOLTERO <input type="checkbox"/>	
CASADO <input type="checkbox"/>	
VIUDO <input type="checkbox"/>	
SEPARADO DE HECHO <input type="checkbox"/>	DESDE _____
SEPARADO LEGALMENTE <input type="checkbox"/>	AUTORIDAD ANTE QUIÉN FORMULO LA DENUNCIA/ACCIÓN
DIVORCIADO <input type="checkbox"/>	JUDICIAL INICIADA ANTE _____
DOMICILIO REAL	
<input type="checkbox"/> IDEM A PENSIONADO N° _____ <input type="checkbox"/> OTRO	
CALLE _____	N° _____
PISO _____ DPTO _____	BARRIO PRIVADO _____
LOCALIDAD _____	CP _____ TEL () _____
CELULAR _____	

PENSIONADO 5

APELLIDO/S _____	
NOMBRE/S _____	
TIPO Y N° DOCUMENTO _____	CUIT/CUIL _____
FECHA DE NACIMIENTO _____	PARENTESCO _____
INCAPACITADO SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	AMPARO ECONÓMICO SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
ESTADO CIVIL	
SOLTERO	<input type="checkbox"/>
CASADO	<input type="checkbox"/>
VIUDO	<input type="checkbox"/>
SEPARADO DE HECHO	<input type="checkbox"/> DESDE _____
SEPARADO LEGALMENTE	<input type="checkbox"/> AUTORIDAD ANTE QUIÉN FORMULO LA DENUNCIA/ACCIÓN
DIVORCIADO	<input type="checkbox"/> JUDICIAL INICIADA ANTE _____
DOMICILIO REAL	
<input type="checkbox"/> IDEM A PENSIONADO N° _____	<input type="checkbox"/> OTRO _____
CALLE _____	N° _____
PISO _____ DPTO _____	BARRIO PRIVADO _____
LOCALIDAD _____	CP _____ TEL () _____
CELULAR _____	

COBERTURA PARA PRESTACIONES ASISTENCIALES Y SUBSIDIOS

DESEA TENER COBERTURA	SI <input type="checkbox"/>	
	NO <input type="checkbox"/>	
INCLUYE FAMILIARES A CARGO	SI <input type="checkbox"/>	(en caso afirmativo deberá completar Formulario de Grupo familiar a cargo)
	NO <input type="checkbox"/>	

Si optara por continuar siendo beneficiario del sistema de salud que brinda la Caja, gozará de una cobertura transitoria que se hará efectiva en los términos del artículo 4° inc. d) y e) del Reglamento de Prestaciones Asistenciales y Subsidios. Los pedidos de reintegros de los gastos en salud realizados mientras se lleva adelante el trámite de jubilación o pensión le serán liquidados al momento de la finalización del mismo.

CARNET

SOLICITA CARNET DE PENSIONADO	SI <input type="checkbox"/>	(en caso afirmativo deberá adjuntar foto carnet actual)
	NO <input type="checkbox"/>	

SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL – PERIODO EXTENDIDO

Para que proceda la cobertura, ante una eventual acción judicial o reclamo por responsabilidad civil del notario, deberá encontrarse **vigente** la póliza al **momento del reclamo**.
 Por este motivo, el notario que se jubila, fallece o incapacita, él o sus herederos, tendrá un periodo extendido de **dos (2) años sin costo**, o **podrá optar** por un periodo de **diez (10) años con un costo del 75% de la póliza vigente** o que expira.- Para hacer uso de esta última opción, deberá contactarse con la compañía aseguradora, dentro de los **30 (treinta) días siguientes al cese** de su actividad profesional.-



DOCUMENTACIÓN RESPALDATORIA (en original o en copia certificada por Escribano Público)

<input type="checkbox"/>	Partida/Certificado de defunción
<input type="checkbox"/>	Documento Nacional de Identidad
<input type="checkbox"/>	Partida de matrimonio actualizada (de los últimos seis meses)
<input type="checkbox"/>	Partida de nacimiento hijos
<input type="checkbox"/>	Foto actual
<input type="checkbox"/>	Otros

OBSERVACIONES

Lugar y Fecha _____

Firma del solicitante _____ Aclaración _____

Oficina interviniente _____

Firma y sello del receptor _____