



**Solicitud de Subsidio por Fallecimiento de Afiliado con antigüedad menor a 10 años (Trámite Digital)**

Lugar y fecha: ..... de ..... de 20.....

**Sr./a Presidente de la Caja de Seguridad Social para Odontólogos de la Provincia de Buenos Aires**

**S** ..... / ..... **D:**

De mi consideración:

Quien suscribe.....,

D.N.I. N°.....con domicilio real en la calle.....

N°..... de la localidad de ....., teléfono

fijo....., teléfono celular....., en su

carácter de beneficiario del afiliado/a fallecido **Dr./Dra.**.....

**afiliado/a N°**....., de acuerdo con lo dispuesto por los artículos 1º y siguientes del Reglamento

respectivo, el que declara conocer y consentir en todos sus términos, cumple en dirigirse al Sr. Presidente con el

objeto de solicitarle se le acuerde el Subsidio por fallecimiento de afiliados con antigüedad profesional menor a

diez años.

Saludo a Ud. atentamente.-

**Documentación Necesaria:** Se deberá adjuntar a la presente, en todos los casos: **1)** Documento Nacional de Identidad del solicitante; **2)** Partida de Defunción del Afiliado expedida por el Registro de las Personas (*no es válido el Certificado Médico de Defunción o constancia de óbito*); **3)** Partida de Matrimonio con fecha de expedición posterior al fallecimiento del afiliado/a, y/o Certificado de nacimiento de los hijos menores de 21 años y/o Certificado Único de Discapacidad en caso de hijos discapacitados y/o Documentación destinada a acreditar la convivencia con el/la afiliado/a, de acuerdo a lo establecido en el Reglamento de Pensiones (para el conviviente en aparente matrimonio); **4)** Constancia de C.B.U. de una cuenta **de titularidad del solicitante**; **5)** En caso que la solicitud sea efectuada por un Hijo Discapacitado del Afiliado que no se encuentre en uso de razón, deberá efectuarla por el quién haya sido designado como curador o apoyo con facultades suficientes, acompañando a esos efectos copia certificada por el juzgado de la designación judicial de la que surja ese carácter y facultades; **6)** En caso que la solicitud sea efectuada por un hijo del Afiliado menor de 18 años de edad, deberá efectuarla en su nombre su padre o madre que revista el carácter de representante legal y en caso de ser huérfano deberá solicitarla en su nombre el tutor correspondiente, acompañando a esos efectos copia certificada por el juzgado de la designación judicial de la que surja ese carácter.

**Presentación del Trámite:** El trámite deberá enviarse exclusiva e inexcusablemente a la dirección de correo electrónico: [tramitesonline@cajaodo.org.ar](mailto:tramitesonline@cajaodo.org.ar).

El envío a cualquier otra dirección de correo electrónico, inclusive perteneciente a la institución, será rechazado y el trámite no se tendrá por presentado. Los plazos previstos por la Reglamentación deberán cumplirse con la presentación ante la dirección de correo electrónico arriba enunciada.

\_\_\_\_\_  
Firma y Aclaración del solicitante

COMPLETE AQUÍ



**Constitución de Domicilio Electrónico:**

**CORREO ELECTRONICO: .....**

Constituyo el correo arriba indicado como domicilio electrónico, aceptando que allí se envíen todas las notificaciones sucesivas por parte de la Caja de Seguridad Social para Odontólogos de la Provincia de Buenos Aires, sin poder desconocer la recepción de las notificaciones allí cursadas. Me comprometo a revisar diariamente la bandeja de entrada de mi correo electrónico arriba denunciado, como así también las bandejas de spam, correo no deseado, y/o toda otra en la que pudiera recibir las notificaciones de parte de la Caja. Acepto que las notificaciones dirigidas a mi domicilio electrónico serán fehacientes y válidas.

**Constitución como Depositario de la Documentación presentada:**

Manifiesto que el presente formulario ha sido digitalizado y enviado electrónicamente, siendo auténtica la firma rubricada al pie del presente.

Acepto convertirme en depositario a título gratuito de la documentación original, presentada digitalmente (en los términos de los Arts. 1356 y ss. del Cód. Civ. y Com. de la Nación), por el término de un (1) año desde la fecha de presentación del trámite ante la Caja por vía digital. Se me ha indicado, entiendo y acepto que la falta de presentación ante la solicitud podrá acarrear la pérdida del beneficio, y las sanciones que oportunamente determine el H. Directorio de la Institución. Acepto que el requerimiento de la documentación original se realice al domicilio electrónico constituido en este formulario. Asimismo, en dicha oportunidad certificaré mis firmas frente a personal de la Caja.

Declaro que la firma en los formularios correspondientes me pertenece y que la presente solicitud ha sido realizada en pleno uso de mis facultades mentales, responsabilizándome personalmente de cualquier daño que la falsedad en dicha declaración acarree en forma alguna a la Caja.

Se me ha informado y acepto que:

La Caja de Seguridad Social para Odontólogos de la Provincia de Buenos Aires se reserva el derecho de no aceptar los formularios y documentación acompañada digitalmente o en papel si existieran dudas sobre la autenticidad y/o veracidad de los mismos.

La Caja de Seguridad Social para Odontólogos de la Provincia de Buenos Aires se reserva las acciones legales correspondientes en caso de cometerse, por esta u otra vía, cualquier daño o perjuicio en su contra.

---

Firma y Aclaración del solicitante

---

Matrícula del Afiliado fallecido

**Forma de Pago:** En caso de ser otorgado el beneficio solicitado, se me ha informado debidamente que la forma de pago es exclusivamente a través de transferencia a una cuenta bancaria de mi titularidad, debiendo acompañar constancia de C.B.U.

En caso de no contar con una cuenta propia, entiendo y acepto que no podré solicitar la transferencia a una cuenta de un tercero, sin importar el vínculo familiar o personal que me una. De no contar con una cuenta bancaria, realizaré las gestiones necesarias para obtener la apertura de una nueva cuenta. Entiendo y acepto que la demora en la tramitación de la apertura por tiempos imputables a la entidad bancaria o a mis motivos personales, no son atribuibles a la Caja de Seguridad Social para Odontólogos de la Provincia de Buenos Aires. Entiendo que la denuncia de datos bancarios de una cuenta que no me pertenece implicará el rechazo de la transferencia, lo que será informado al domicilio electrónico constituido en este formulario.

Al efecto de percibir el beneficio si me correspondiera, denuncio los siguientes datos bancarios, los que declaro bajo juramento. Expresamente me responsabilizo por cualquier error o falsedad que pueda existir en los mismos, desligando de cualquier tipo de responsabilidad a la Caja de Seguridad Social para Odontólogos de la Provincia de Buenos Aires.

**Datos Bancarios:**

Apellido y Nombre del titular de la cuenta:

.....

Número de C.U.I.L./C.U.I.T. del titular de la cuenta:

.....

Nombre completo del Banco:

.....

Tipo de Cuenta (marque la opción que corresponda)

Caja de Ahorro

Cuenta Corriente

Número de C.B.U. de la Cuenta (Clave Bancaria Uniforme):

.....

**IMPORTANTE:** Deberá acompañarse obligatoriamente una constancia de C.B.U. La misma puede ser descargada por Homebanking, o emitida por Cajero Automático, en ambos casos firmada por el solicitante.

---

Firma y Aclaración del Solicitante