

**FORMULARIO UNIFICADO ANSES/CAJAS PROFESIONALES PARA  
PRESTACIONES POR RECIPROCIDAD  
VERSION 1.6**

**ACLARACION:** El presente se utilizará como formulario general por A.N.Se.S. y las Cajas Profesionales, por lo que debido a las particularidades de las distintas profesiones y de las distintas legislaciones de dichas Cajas, dicho formulario podrá ser complementado con un anexo particular de cada Caja que elaborará cada una de ellas.

---



**1 – TIPO DE PRESTACION SOLICITADA**

- PBU – PC – PAP de A.N.Se.S./Jubilación por Reciprocidad
- Retiro por Invalidez
- Pensión por Fallecimiento de un Afiliado en Actividad
- Pensión por Fallecimiento de un Jubilado
- Reconocimiento de Servicios para ser presentado ante: \_\_\_\_\_

**2 – IDENTIFICACION DEL AFILIADO**

N° de CUIT/CUIL

Apellido y Nombre/s				Fecha de Nacimiento			
Domicilio				Número	Piso	Dpto.	
Localidad - Provincia				País		Cód. Postal	
LE-LC-DNI-Doc. Extranjero N°		CI N°		Expedida por		Nacionalidad	Teléfono
Fecha de ingreso al país	Comprobado con	Reside en el país	Trabaja en relación de dependencia?	Percibe asignaciones p/ otro :			
		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			

Fecha de Fallecimiento	Estado civil

**Indique el carácter en que solicita la prestación:**

a) Afiliado/a titular:

b) Cónyuge o conviviente afiliado/a fallecido/a:

c) Hijo/s afiliado/a fallecido/a:

**Número de Legajo en la Caja Profesional del/de la afiliado/a titular:**

Se encuentra gozando de algún otro beneficio previsional (tache lo que NO corresponda): SI – NO. Otorgado por:

<b>Posee familiares a cargo:</b>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	<b>Detalle:</b>
	Nombre y Apellido	Tipo y N° Documento	Parentesco

### 3 – Identificación del Cónyuge o Conviviente

Apellido y Nombre/s		N° de CUIT/ CUIL			
Domicilio			Número	Piso	Dpto.
Localidad - Provincia		País		Cód. Postal	
LE-LC-DNI-Doc. Extranjero N°	CI N°	Expedida por	Nacionalidad	Teléfono	
Trabaja en relación de dependencia? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Percibe asignaciones p/otro sistema? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Tiene Embargo? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Reside en el País Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Poseen hijos en común? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	

### 4 – Identificación Hijo/s solicitantes

Apellido y Nombre/s		N° de CUIT/CUIL			
Fecha de nacimiento	Embargo Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Reside en el país	Opta por el Beneficio que acuerda la presente		
Apellido y Nombre/s		N° de CUIT/CUIL			
Fecha de nacimiento	Embargo Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Reside en el país Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Opta por el Beneficio que acuerda la presente		
Apellido y Nombre/s		N° de CUIT/CUIL			
Fecha de nacimiento	Embargo Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Reside en el país Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Opta por el Beneficio que acuerda la presente		
Apellido y Nombre/s		N° de CUIT/CUIL			
Fecha de nacimiento	Embargo Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Reside en el país Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Opta por el Beneficio que acuerda la presente		
Apellido y Nombre/s		N° de CUIT/CUIL			
Fecha de nacimiento	Embargo Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Reside en el país Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Opta por el Beneficio que acuerda la presente		

### 5 – Agente Pagador

--

6 – Designación de Apoderado para: Tramitar:  y/o Percibir  o Tutor/Curador

(SOLO PARA ANSES O AQUELLAS ENTIDADES CUYA LEGISLACIÓN LO PERMITA)

Apellido y Nombre/s		N° de CUIT/CUIL			
LE-LC-DNI-Doc. Extranjero N°	CI N°	Expedida por	Parentesco con el causante	N° de Carpeta Gestor	
Si es profesional Indicar Matrícula , Número, Tomo y Folio					
Domicilio			Número	Piso	Dpto.
Localidad - Provincia	Cód. Postal	Teléfono			

\_\_\_\_\_  
Firma y Aclaración del Poderdante

\_\_\_\_\_  
Firma y Aclaración del Apoderado

Certificación de Identidad y Firma por Autoridad Competente : Certifico que los datos personales del poderdante y apoderado consignados, son copia fiel del/ los obrantes en el /los documentos de identidad que en cada caso se indica/n y que tuve a la vista y que las firmas estampadas fueron colocadas en mi presencia.”

Lugar y fecha .....y Firma, Aclaración y Cargo





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 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

## **Documentación a presentar:**

### **I – DOCUMENTACION A ACOMPAÑAR POR EL SOLICITANTE:**

#### **a) Para solicitud de Jubilación Ordinaria por Reciprocidad (el solicitante debe ser el/la afiliado/a titular):**

- Certificado de nacimiento o nuevo DNI.
- D.N.I./L.E./L.C./D.N.I. Extranjero
- Expediente original o Copia Certificada de Reconocimiento de Servicios de la o las Cajas Participantes.

#### **b) Para solicitud de Jubilación Extraordinaria por Reciprocidad (el solicitante debe ser el/la afiliado/a titular):**

- Certificado de nacimiento o nuevo DNI.
- D.N.I./L.E./L.C./D.N.I. Extranjero
- Expediente original o copia certificada del Reconocimiento de Servicios de la o las Cajas Participantes.
- Certificado médico, donde se determinen causas y naturaleza de la incapacidad, fecha en la que se produjo y si reviste carácter de absoluta y permanente.

#### **c) Para solicitud de Reconocimiento de Servicios (el solicitante debe ser el/la afiliado/a titular o persona con derecho a solicitar pensión por reciprocidad ante el fallecimiento del/de la afiliado/a titular):**

- D.N.I./L.E./L.C./D.N.I. Extranjero.
- Certificado de fallecimiento del/de la afiliado/a titular (para el caso que haya ocurrido)
- Documentación por la que se acredite el vínculo con el/la afiliado/a fallecido (para el caso que haya ocurrido) detallada en los puntos 1 y siguientes del inciso d) de la presente.

#### **d) Para solicitud de Pensión por Reciprocidad (el solicitante debe ser persona con derecho a solicitar pensión por reciprocidad ante el fallecimiento del/de la afiliado/a titular):**

- D.N.I./L.E./L.C./D.N.I. Extranjero.
- Certificado de fallecimiento del/de la afiliado/a titular
- Expediente original o Copia Certificada de Reconocimiento de Servicios de la o las Cajas Participantes.
- Documentación por la que se acredite el vínculo con el/la afiliado/a fallecido y el derecho a la pensión, por ej:

##### **1) Documentación necesaria en el caso del/de la cónyuge:**

- Certificado de Matrimonio con fecha de expedición actualizada posterior al fallecimiento del/de la causante.

##### **2) Documentación necesaria en el caso de hijos menores de edad:**

- Certificado de nacimiento;
- En caso de encontrarse ambos padres del menor fallecidos y tener este menos de 18 años designación judicial del tutor correspondiente (en este caso el tutor debe solicitar la prestación por el menor)

**Aclaración Importante:** Las Cajas de Previsión Profesionales y/o A.N.Se.S. determinarán en cada caso si el solicitante posee derecho a la pensión solicitada de acuerdo a la edad del menor y su legislación.

##### **3) Documentación necesaria en el caso de hijos discapacitados:**

---

- Certificado de Nacimiento;
- Historia Clínica (completada por el médico que atienda al discapacitado)
- Certificado Oficial de Discapacidad emitido por el organismo público correspondiente;
- En caso de tratarse de una discapacidad que afecte la capacidad mental de la persona y ser necesaria curatela deberá presentarse la designación judicial de curador correspondiente (en este caso el curador debe solicitar la prestación por el discapacitado)

4) Documentación a presentar en el caso del/de la conviviente:

- Información sumaria de dos testigos, indicando nombre, apellido, domicilio y documento de identidad de los mismos quienes ante notario público o autoridad judicial, deberán responder el siguiente interrogatorio: 1) Por las generales de la Ley (Datos personales; si es pariente por consanguinidad o afinidad de alguna de los convivientes y en que grado; si es amigo íntimo o enemigo; dependiente, acreedor, etc) 2) Conocimiento que tiene de la convivencia en aparente matrimonio y públicamente del causante con el solicitante, aportando los datos del caso (tiempo de convivencia, domicilio, etc.) 3) Cómo lo sabe.
- Constancias que acrediten el último domicilio del/de la causante y del/de la conviviente (Ej.: DNI del solicitante con el domicilio de convivencia y la fecha de cambio de domicilio o expedición del D.N.I., servicios de todo tipo que estén a nombre del solicitante y/o del fallecido en el domicilio de convivencia, luz, gas, agua, teléfono, teléfono celular, cable, durante el período inmediato al fallecimiento por el que se deba probar la convivencia, resúmenes de tarjetas de crédito, cuentas bancarias conjuntas, etc.)
- Partida de nacimiento de los hijos nacidos de la convivencia, si los hubiere.
- Constancia de Inscripción en el Registro de Uniones Convivenciales previsto en el art. 511 del Código Civil y Comercial de la Nación (en caso de existir)
- Todo otro documento nacional o extranjero público o privado que pueda utilizarse para acreditar la convivencia durante el período necesario, o constancias de cualquier tipo al mismo fin.

**Aclaraciones:** Se destaca que la enumeración anteriormente realizada es meramente ejemplificativa, ya que es el solicitante quien debe acreditar la convivencia con el/la afiliado/a fallecido durante el período legalmente necesario adjuntando todas las constancias de las que disponga, siendo admisible cualquier tipo de prueba. En todos los casos las Cajas Profesionales Intervinientes se reservan la facultad de evaluar si con las constancias presentadas se acredita la convivencia en los términos de su legislación y asimismo de considerarlo necesario requerir otras adicionales.

---

**PARA EL CASO DE APODERADOS:** Si el solicitante lo hace en carácter de apoderado/a del afiliado/a titular o de una persona con derecho a pensión, deberá acreditar su carácter de tal mediante los instrumentos legales pertinentes que acepte A.N.Se.S. y cada Caja Profesional en particular.

**ACLARACION IMPORTANTE:** Toda la documentación aquí indicada debe ser presentada en original o fotocopia certificada.

En cuanto a la identidad y firma del solicitante debe ser certificada por funcionarios de A.N.Se.S., de las Cajas Profesionales antes las que se solicite la prestación, de la Secretaría de Seguridad Social, Policía, Gendarmería, Prefectura Naval, Juez o Secretario de Paz del Fuero Civil, Comercial o de la Seguridad Social, Federal o Provincial, Escribano con Registro y Directores de Hospitales, Clínicas, Sanatorios o Geriátricos, Nacionales, Provinciales, Municipales o Privadas, estos últimos en los casos de solicitantes internados en establecimientos bajo su jurisdicción.

También podrá ser certificada por la autoridad consular competente en el caso que el solicitante resida en el extranjero.

---