



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 Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Trabaja en relación de dependencia? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Percibe asignaciones p/ otro : 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:

Posee familiares a cargo: SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Detalle:		
		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 fechay Firma, Aclaración y Cargo

7 - Detalle Cronológico de los Servicios Prestados por el Afiliado con o sin Relación de Dependencia, o indicación de causales de Períodos de Inactividad desde el comienzo de la Relación Laboral hasta la actualidad y los que se Declaran bajo Juramento Ley N° 24.241 Art. 38.

Empresa, Repartición, Empleador y/o Actividad por Cuenta Propia	Actividad Principal	Tarea o Cargo	Desde			Hasta		
			Día	Mes	Año	Día	Mes	Año

Se requiere la consideración de los servicios registrados en SIPA ante la ausencia de otra documentación
Si No continúo en actividad a partir de fecha ____/____/____

8 – OBSERVACIONES:

IMPORTANTE: Atenta la diversidad de Legislación dada por las particularidades que tienen las distintas profesiones, cada Caja Profesional o A.N.Se.S., podrá complementar el presente formulario con un Anexo específico, elaborado por cada una de ellas.

CARACTER DE DECLARACION JURADA DE LA PRESENTE: El presente formulario reviste el carácter de Declaración Jurada, debiendo ser completado sin omitir ni falsear ningún dato, sujetando a los infractores a las penalidades previstas en los Art. 172, 275 y 292 del Código Penal para los delitos de estafa, falso testimonio y falsificación de documentos.

Lugar y Fecha: _____

_____ **FIRMA Y ACLARACION DEL SOLICITANTE**

CERTIFICACION DE IDENTIDAD Y FIRMA POR AUTORIDAD COMPETENTE:

Certifico que los datos personales del solicitante consignados en la presente, 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 la firma estampada fue colocada en mi presencia.

Lugar y Fecha: _____

_____ **FIRMA, ACLARACION Y CARGO DE AUTORIDAD COMPETENTE**

