

SOLICITUD DE PENSIÓN (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:

El/La que suscribe con domicilio real en
calle..... N°..... de la localidad de
....., teléfono fijo:....., teléfono
celular:....., de acuerdo con lo dispuesto por la Ley 8.119 y el Reglamento de
Pensiones de la Caja de Seguridad Social para Odontólogos de la Provincia de Buenos Aires, el que
declara conocer y consentir en todos sus términos, cumple en dirigirse al Sr. Presidente con el objeto de
solicitarle se acuerde la Prestación de Pensión, toda vez que resulto ser (marcar con una X el que
corresponda):

- Cónyuge del/de la Afiliado/a Fallecido/a.**
- Hijo mayor de 18 años y menor de 21 años del/de la Afiliado/a Fallecido/a.**
- Representante del hijo menor de 18 años del/de la Afiliado/a Fallecido/a (padre/madre/tutor).**

Nombre del hijo del causante.....;

Documento de Identidad N°

Fecha Nac./...../.....

Nombre del hijo del causante.....;

Documento de Identidad N°

Fecha Nac./...../.....

- Hijo con discapacidad del/de la Afiliado/a Fallecido/a (en caso de ser mayor de 18 años y no afectar la discapacidad su capacidad legal)**

Representante del hijo con discapacidad del/de la Afiliado/a Fallecido/a

(padre/madre en caso de ser menor 18 años/curador en caso de ser mayor de 18 años y tener una discapacidad que afecte la capacidad legal)

Nombre del hijo del causante

Documento de Identidad N°

Fecha Nac./...../.....

Conviviente en aparente matrimonio del/de la Afiliado/a Fallecido/a.

La convivencia debe ser por un mínimo de cinco años anteriores al fallecimiento en caso que el/la Afiliado/a falleciere siendo de estado civil casado/a. En caso que falleciere siendo soltero, divorciado, viudo, separado legalmente o hayan tenido descendencia común con el causante, la convivencia debe ser por un mínimo de dos años anteriores al fallecimiento.

Firma y Aclaración del solicitante

Documentación Necesaria:

Para tramitar el presente beneficio es necesario acompañar la siguiente documentación, la cual es diferente según el tipo de solicitante.

Documentación necesaria para todos los solicitantes:

- a) Partida de Fallecimiento del/la Afiliado/a expedida por el Registro de las Personas (*no es válido el Certificado Médico de Fallecimiento*).
- b) Fotocopia de D.N.I. del solicitante (formato tarjeta o posterior).

Documentación necesaria para el/la cónyuge supérstite:

- a) Partida de Matrimonio expedido por el Registro de las Personas, con **fecha de expedición posterior al fallecimiento del causante**. **IMPORTANTE:** Si el Matrimonio se celebró en Argentina, pero fuera de la Provincia de Buenos Aires, la Partida debe encontrarse legalizada para ser válida en Provincia de Buenos Aires. Si el Matrimonio se celebró en el exterior, la Partida debe además encontrarse legalizada para ser válida en Argentina, sea mediante "Apostilla de La Haya" o el método que corresponda. Para más información sobre el trámite de legalización de documentos producidos en el extranjero, puede consultar a la Embajada, Consulado o Ministerio de Relaciones Exteriores del país en el que se haya celebrado el Matrimonio.

Documentación necesaria para hijos mayores de 18 años de edad y menores de 21 años de edad:

- a) Certificado de nacimiento;

Documentación necesaria para representantes de hijos menores de 18 años de edad:

- a) Certificado de nacimiento del hijo;
- b) En caso de encontrarse ambos padres del menor fallecidos, designación judicial del cuidador (o tutor) correspondiente, certificada por el juzgado, o testimonio de la resolución judicial emitido por el juzgado.

Documentación necesaria en el caso de hijos con discapacidad (en caso de ser mayor de 18 años y no afectar la discapacidad su capacidad legal)

- a) Certificado de Nacimiento;
- b) Historia Clínica (completada por el médico que atienda al hijo con discapacidad);
- c) Certificado Único de Discapacidad emitido por el organismo público correspondiente;

Documentación necesaria en el caso de hijos con discapacidad (menores de 18 años o mayores de 18 años con una discapacidad que afecte la capacidad legal):

- a) Certificado de Nacimiento;
- b) Historia Clínica (completada por el médico que atienda al hijo con discapacidad);
- c) Certificado Único de Discapacidad emitido por el organismo público correspondiente;
- d) En caso de tratarse de una discapacidad que afecte la capacidad mental de la persona, deberá presentarse la designación judicial de cuidador, apoyo o tutor correspondiente.

Documentación necesaria en el caso del/la conviviente en aparente matrimonio:

a) 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.

b) Constancias que acrediten el último domicilio del causante y del conviviente. Por Ej.: Facturas de servicios domiciliarios tales como: luz, gas, telefonía celular, telefonía fija, cable, internet; Resúmenes de Tarjetas de Crédito; Resúmenes bancarios de cuentas bancarias comunes con el afiliado fallecido, etc.

c) Partida de nacimiento de los hijos nacidos de la convivencia, si los hubiere.

d) Todo otro documento nacional o extranjero que pueda utilizarse para acreditar la convivencia, o constancias de cualquier tipo al mismo fin.

Se aclara que el plazo de convivencia debe ser por un mínimo de cinco años anteriores al fallecimiento en caso que el/la Afiliado/a falleciere siendo de estado civil casado/a. En caso que falleciere siendo soltero, divorciado, viudo, separado legalmente o hayan tenido descendencia con el/la causante, la convivencia debe ser por un mínimo de dos años anteriores al fallecimiento.

Presentación del Trámite: El trámite deberá enviarse exclusiva e inexcusablemente a la dirección de correo electrónico: **pensiones.fallecimientos@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.

Constitución de Domicilio Electrónico:

CORREO ELECTRÓNICO:

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

Forma de Pago del Beneficio Previsional

La Caja de Seguridad Social para Odontólogos de la Provincia de Buenos Aires abona los beneficios previsionales exclusivamente **a través del Banco de la Provincia de Buenos Aires**. Al efecto, el solicitante puede optar por abrir una cuenta bancaria gratuita y libre de descuentos; o por denunciar una cuenta existente en el Banco de la Provincia de Buenos Aires de su titularidad.

Seleccionar la opción deseada:

Deseo abrir una cuenta bancaria gratuita en el Banco de la Provincia de Buenos Aires.

Para hacerlo, deberá completar los siguientes datos:

Apellido y Nombre:

Fecha de Nacimiento:/...../.....

Domicilio:.....

Localidad:.....

Tipo y N° Documento:.....

Número de CUIT/CUIL:

Número de la Sucursal:.....

Nombre de la Sucursal Bancaria:.....

Puede consultar el Nombre, Número y Dirección de las Sucursales disponibles en la siguiente página web: <https://www.bancoprovincia.com.ar/buscadorsucursales>.

Deseo que se abonen los haberes previsionales en una cuenta del Banco de la Provincia de Buenos Aires de mi titularidad.

Para hacerlo deberá completar los siguientes datos:

Apellido y Nombre:

Número de la Sucursal Bancaria:.....

Nombre de la Sucursal Bancaria:.....

Número de Cuenta Bancaria:.....

Indique con una cruz el tipo de Cuenta Bancaria:

Caja de Ahorro:

Cuenta Corriente:

IMPORTANTE: Para ésta última opción, se deberá adjuntar una Constancia de C.B.U. de la que surjan todos los datos aquí indicados.

La misma puede ser descargada por Homebanking o emitida por Cajero Automático. Por la presente el/la solicitante denuncia -con carácter de declaración jurada- los datos que aquí ha indicado, por lo cual expresamente se responsabiliza personalmente por cualquier error que pueda existir en los mismos, desligando expresamente a la Caja de la responsabilidad que se derive de dichos errores.

Débito Directo para el pago de su boleta de COMEI

La Caja de Seguridad Social para Odontólogos de la Provincia de Buenos Aires, le da la posibilidad a sus jubilados y pensionados, que se encuentren adheridos a Fundación COMEI, de abonar mediante Débito Directo su boleta de pago mensual, debitando el dinero directamente desde su cuenta asociada a la Pensión. Mediante este mecanismo, 24 horas después de haberse depositado su Pensión, se debitará el importe correspondiente al pago mensual de COMEI, sin que usted deba realizar ninguna gestión. Debe asegurarse de tener fondos suficientes en la cuenta ya que de lo contrario el pago no se realizará. Es su responsabilidad verificar que los pagos se realicen correctamente.

Para adherirse a este sistema de Débito Directo, debe marcar la casilla que se encuentra debajo. En caso de no querer adherirse al sistema, deberá continuar abonando sus boletas mensuales mediante los medios de pago habilitados, los cuales podrá consultar en nuestra página web.

Deseo que se debite el importe de mi boleta de aportes a la cobertura médica que brinda Fundación COMEI, directamente de mi cuenta asociada a la Pensión.

Firma y Aclaración del Solicitante