

## FORMULARIO OPCIÓN PAGO MÍNIMO

Por la presente el que suscribe, (Apellido y Nombre/s) .....

..... Domicilio:..... N°:.....

Piso:..... Dpto.:..... Localidad.....Pcia.:.....

País:..... Cód.Postal : .....DNI N°:.....

e-mail.....Teléfono: .....

Solicita se abone mensualmente, hasta agotar el saldo de mi cuenta individual de capitalización, como haber mínimo del beneficio de ..... otorgado por la CAPROCE mediante Resolución N° ..... el equivalente a:

**HABER MÍNIMO SIPA**

**SALARIO MÍNIMO VITAL Y MÓVIL**

**HABER DEFINITIVO SEGÚN CÁLCULO ACTUARIAL**

**La movilidad del haber de jubilación quedará supeditada a las variaciones haber de referencia elegido (SIPA o SMVM), o la que corresponda según la rentabilidad acreditada al fondo constituido para el beneficio.**

.....

**FIRMA**

.....

**ACLARACIÓN**