

FORMULARIO SOLICITUD PRESTACIONES

JUBILACIÓN ORDINARIA

PENSION POR FALLECIMIENTO

RECONOCIMIENTO DE SERVICIOS

RETIRO POR INVALIDEZ

DATOS DEL AFILIADO

Apellido y Nombre/s:

Domicilio: Nº: Piso: Dpto.:

Localidad- Pcia.:País: Cód. Postal.....

LE-LC-DNI- Doc. Extranjero Nº: CI Nº:

CUIT Nº: Teléfono:

Fecha de nacimiento/...../..... Nacionalidad

Fecha ingreso al país:/...../..... Estado civil:

¿Tiene Jubilación en Otro Sistema? NO SI ANSES:..... IPS:..... Otro:.....

¿Tiene Baja de Matrícula? SI – NO. Fecha de Baja de matrícula/...../.....

Fecha Fallecimiento Afiliado/Jubilado:/...../.....

DATOS DEL CONYUGE O CONVIVIENTE:

Apellido y nombre/s:

Domicilio: Nº: Piso: Dpto.:

Localidad- Pcia.: País: Cód. Postal:

Fecha de Nacimiento:/...../..... LE-LC-DNI- Doc. Extranjero Nº:

CI Nº: CUIT Nº: Teléfono

e-mail: Fecha de matrimonio:/...../.....

Fecha de Convivencia:/...../..... Trabaja en relación de dependencia?: SI - NO Percibe salario

familiar?: SI - NO Reside en el país?: SI – NO Posee hijos en común?: SI - NO

¿Tiene otros beneficios concedidos? SI – NO. Clase: Institución

DATOS HIJO/S: (MENORES DE 18 AÑOS O INCAPACITADOS)

Apellido y nombre/s: Sexo: M F
Domicilio: Nº:..... Piso:..... Dpto:.....
Localidad Pcia.: Cód.Postal: Nº
de CUIT/CUIL: DNI.Nº: Fecha de
nacimiento: / / Inscripción: Tomo:..... Folio: Jurisdicción:
..... Actividad que realiza: Estado civil:
..... Apellido y Nombre/s del Tutor o Curador:
..... Domicilio:
Nº:.....Piso:.....Dpto:.....Localidad-Pcia:.....
Indicar escolaridad que cursa:..... Se encuentra laboralmente
incapacitado?: SI - NO Reside en el país: SI - NO Goza de jubilación, Pensión, Retiro, o
Prestación no contributiva: SI – NO Clase:..... Nº de Beneficio:.....
Ex Caja o Inst.:.....

Apellido y nombre/s: Sexo: M F
Domicilio: Nº:..... Piso:..... Dpto:.....
Localidad Pcia.: Cód.Postal: Nº
de CUIT/CUIL: DNI.Nº: Fecha de
nacimiento: / / Inscripción: Tomo:..... Folio: Jurisdicción:
..... Actividad que realiza: Estado civil:
..... Apellido y Nombre/s del Tutor o Curador:
..... Domicilio:
Nº:.....Piso:.....Dpto:.....Localidad-Pcia:.....
Indicar escolaridad que cursa:..... Se encuentra laboralmente
incapacitado?: SI - NO Reside en el país: SI - NO Goza de jubilación, Pensión, Retiro, o
Prestación no contributiva: SI – NO Clase:..... Nº de Beneficio:.....
Ex Caja o Inst.:.....

Apellido y nombre/s: Sexo: M F
Domicilio: Nº:..... Piso:..... Dpto:.....
Localidad Pcia.: Cód.Postal: Nº
de CUIT/CUIL: DNI.Nº: Fecha de
nacimiento: / / Inscripción: Tomo:..... Folio: Jurisdicción:
..... Actividad que realiza: Estado civil:
..... Apellido y Nombre/s del Tutor o Curador:
..... Domicilio:
Nº:.....Piso:.....Dpto:.....Localidad-Pcia:.....
Indicar escolaridad que cursa:..... Se encuentra laboralmente
incapacitado?: SI - NO Reside en el país: SI - NO Goza de jubilación, Pensión, Retiro, o
Prestación no contributiva: SI – NO Clase:..... Nº de Beneficio:.....
Ex Caja o Inst.:.....

Apellido y nombre/s: Sexo: M F
Domicilio: Nº:..... Piso:..... Dpto:.....
Localidad Pcia.: Cód.Postal: Nº
de CUIT/CUIL: DNI.Nº: Fecha de
nacimiento: / / Inscripción: Tomo:..... Folio: Jurisdicción:
..... Actividad que realiza: Estado civil:
..... Apellido y Nombre/s del Tutor o Curador:
..... Domicilio:
Nº:.....Piso:.....Dpto:.....Localidad-Pcia:.....
Indicar escolaridad que cursa:..... Se encuentra laboralmente
incapacitado?: SI - NO Reside en el país: SI - NO Goza de jubilación, Pensión, Retiro, o
Prestación no contributiva: SI – NO Clase:..... Nº de Beneficio:.....
Ex Caja o Inst.:.....