

SOLICITUD DE BENEFICIOS PREVISIONALES DE RECIPROCIDAD

Solicitud N° _____ Expediente N° _____

Formulario A

_____, ____ de _____ de 20 ____

Señor Presidente

El que suscribe, _____

Titulo – Apellido y Nombre

Matrícula N° _____ / _____

N° de Documento _____

Domicilio y N° _____

Localidad _____ CP. _____

N° Celular _____

Correo Electrónico _____

De acuerdo al Convenio N° 363/81, solicito a Ud., quiera tener a bien otorgarme el/los siguientes/s beneficio/s previsional/les: (marcar con una cruz la opción correcta)

___ Reconocimiento de servicio

___ Jubilación ordinaria

___ Jubilación extraordinaria

___ Pensión por fallecimiento de una/un jubilada/o

___ Pensión por fallecimiento de una/un afiliada/o en actividad

*A tal efecto acompaño la documentación exigida en el reverso de la presente.

Firma y Aclaración

CONJUNTAMENTE CON ESTA SOLICITUD DEBERÁ PRESENTAR

Formulario B

- 1º) Constancia de cancelación definitiva de matrícula profesional otorgada por el Colegio respectivo en el ámbito de la Provincia de Entre Ríos.
- 2º) Constancias de cancelación definitiva de la matrícula profesional ante su Colegios o Consejos de otros ámbitos provinciales.
- 3º) Constancia de renuncia a trabajos en relación de dependencia e inscripciones en función de su aptitud profesional y /o título habilitante.
- 4º) Resolución de otorgamiento de beneficio de otra caja de previsión, sea ésta otorgante o participante.
- 5º) Declaración jurada del retiro absoluto de la actividad profesional (**Form. C**).
- 6º) Otros beneficios Jubilatorios (**Form. D**).
- 7º) Institución de beneficiario del Régimen de Contribución para Gastos de Sepelio (**Form E**).
- 8º) Formulario de adhesión voluntaria al fondo solidario de trasplantes (**Form F**).
- 9º) Solicitud de forma de pago (**Form. G**).
- 10º) Continuidad en los sistemas de cobertura de salud (**Form. H**)
- 11º) Partida de nacimiento legalizada exclusivamente por Registro Civil.
- 12º) Partida de matrimonio legalizada exclusivamente por Registro Civil.
- 13º) Partida de nacimiento de familiares a cargo legalizada exclusivamente por registro Civil.
- 14º) Informe de Incapacidad Total Física Transitoria o Permanente según modelo de Caja, y certificados médicos (únicamente para beneficio extraordinario).

DECLARACIÓN JURADA DE RETIRO ABSOLUTO DE LA ACTIVIDAD PROFESIONAL

Formulario C

El/la que suscribe _____
Titulo - Matrícula - Apellido y nombres

LE/LC/DNI N° _____ con domicilio en calle _____

N° _____ Depto _____ Piso _____ de la ciudad de _____

Provincia de _____ (Cód. Post.) _____ declara con carácter de **DECLARACIÓN JURADA** que se retira en forma absoluta de la actividad profesional, en forma directa o indirecta, inclusive el desempeño de funciones vinculadas con el ejercicio profesional y que conoce en todos sus alcances el decreto-Ley N°1030/62 IF MOP y específicamente el Artículo 40 del mencionado texto legal que se transcribe:

“Toda jubilación que se conceda, implica el retiro absoluto de la actividad profesional, en forma directa o indirecta, inclusive el desempeño de funciones vinculadas con el ejercicio profesional bajo pena de la pérdida de la jubilación concedida.”

Lugar y fecha

Firma

Aclaración

BENEFICIO JUBILATORIO/PENSIONARIO DE OTRAS CAJAS

Formulario D

Por la presente declaro ser jubilado/pensionada de:

1) _____
Denominación de la Caja otorgante

Fecha de otorgamiento

Beneficiario N°

Monto actual en Pesos

2) _____
Denominación de la Caja otorgante

Fecha de otorgamiento

Beneficiario N°

Monto actual en Pesos

3) _____
Denominación de la Caja otorgante

Fecha de otorgamiento

Beneficiario N°

Monto actual en Pesos

Lugar y fecha

Firma

Aclaración

INSTITUCIÓN DE BENEFICIARIO

Formulario E

Marcar con una cruz la opción elegida y tachar lo que no corresponda:

- No adhiero al régimen de Subsidio Mutua
- Sí adhiero al régimen de Subsidio Mutua

En el caso de manifestar adhesión al Régimen del Subsidio Mutua. Completar la siguiente información:
Conforme a lo establecido por la Resolución N°2189/12, instituyo por la presente beneficiario/s del
RÉGIMEN DE CONTRIBUCIÓN PARA GASTOS DE SEPELIO - Artículo 17 inc 7, a las/persona/s siguiente/s⁽¹⁾:

⁽¹⁾ Consignar: apellido y nombres completos - tipo y número de documento - domicilio - grado de parentesco de quienes declara.

Art.17.7.2. Resolución N° 2189/12

..”Las pensionadas de la Caja tendrán derecho a continuar adheridas al régimen instituido en este artículo en iguales condiciones que las que tenía el afiliado titular, siempre y cuando los beneficiarios sean sus hijos solteros, varones menores de 18 años y mujeres menores de 21 años no emancipados, o mayores incapacitados que estuvieren a su cargo.-

Superado el límite de edad de los beneficiarios, caducará automáticamente el beneficio, salvo que la beneficiaria demostrare no poseer otra cobertura de sepelio.-

Las pensionadas a efectos de hacer uso del derecho de permanecer en el Sistema, deberán expresar su voluntad en tal sentido y como continuación de la cobertura que alcanzaba el afiliado titular...”-

DECLARO que SI/NO poseo otro Seguro de Sepelio (tachar lo que no corresponda)

PRESTATARIA _____

BENEFICIARIO N° _____

MONTO (en pesos) _____

Lugar y fecha

Firma

Aclaración

**FORMULARIO DE ADHESIÓN VOLUNTARIA AL
FONDO SOLIDARIO DE TRASPLANTES**

Formulario F

Marcar con una cruz la opción elegida y tachar lo que no corresponda:

- No adhiero al Fondo Solidario de Trasplantes
- Sí adhiero al Fondo Solidario de Trasplantes

En el caso de manifestar adhesión al Fondo Solidario de Trasplantes. Completar la siguiente información:

SOLICITANTE

Afiliado N° _____/____

Apellido: _____

Nombres: _____

N° de documento: _____ Fecha de Nacimiento ____/____/____

Domicilio: _____

Cód. Postal _____ Ciudad: _____ Provincia: _____

Teléfono: _____ Email: _____

DATOS DEL GRUPO FAMILIAR PRIMARIO

1- Parentesco: _____

Apellido: _____

Nombres: _____

N° de documento: _____ Fecha de Nacimiento ____/____/____

Domicilio: _____

Cód. Postal _____ Ciudad: _____ Provincia: _____

Teléfono: _____ Email: _____

2- Parentesco: _____

Apellido: _____

Nombres: _____

N° de documento: _____ Fecha de Nacimiento ____/____/____

Domicilio: _____

Cód. Postal _____ Ciudad: _____ Provincia: _____

Teléfono: _____ Email: _____

Lugar y fecha

Firma

Aclaración

SOLICITUD DE FORMA DE PAGO

Formulario G

A efectos del beneficio previsiona solicito se me abone por intermedio de la institución que a continuación se indica. Marcar con una cruz la opción elegida y tachar lo que no corresponda:

- **Nuevo Banco de Entre Ríos S.A.**
- **Banco Hipotecario**

*El beneficiario deberá ser el único titular de la cuenta

Cuenta de Ingresos/ Cuenta Corriente N°: _____

Caja de Ahorro de la cual soy titular exclusivo N°: _____

Sucursal: _____

N° de CBU: _____

CUIT/CUIL: _____

Lugar y fecha

Firma

Aclaración

NOTA: Se admitirá otra forma de pago, que no sea alguna de las Instituciones Bancarias mencionadas, sólo en el caso que no exista Sucursal en el lugar de residencia del beneficiario. En tal caso presentar constancia de CBU donde incluya los siguientes datos:

Nombre del Banco - Sucursal N° - Tipo de Cuenta - N° de Cuenta - CBU - CUIT/CUIL

SERVICIOS ASISTENCIALES

Formulario H

Solicito se mantenga el Sistema de Seguro Asistencial al cual me encuentro adherida/o voluntariamente, a saber:

Marcar con una X lo que corresponda

- Sistema Seguro Asistencial

- No poseo y/o no Adhiero

Por tal razón autorizo expresamente a Caja Prever a debitar de mi haber mensual los montos necesarios para atender los pagos de las mencionada adhesión.

Lugar y fecha

Firma

Aclaración