



Todos los datos consignados en el presente formulario, revisten el carácter de **Declaración Jurada**.

## SOLICITUD DE PAGO DE HABERES DEVENGADOS Y NO PERCIBIDOS

### 1- DATOS DE LA PERSONA FALLECIDA

Apellidos y Nombres: .....

**Beneficio:** ☐ Jubilación ☐ Pensión Números de Beneficio (si era titular de 2 o más beneficios, informar todos):

□ - □ □ □ □ □ □ □ - □ □ □ - □ □ □ □ □ □ □ □ - □ □ □ - □ □ □ □ □ □ □ □ - □

### 2- DATOS DE QUIÉN SOLICITA

Apellidos y Nombres (como figura en el DNI): .....

Si es menor de edad o incapaz, informe nombre y apellido de la persona que percibirá en su nombre y adjunte copia de DNI:

Apellidos y Nombres de Representante (como figura en el DNI): .....

**Domicilio:** .....

Localidad: ..... CP □ □ □ □ □ □ □ □

Tel. Fijo: ..... Tel. Celular: .....

**E-Mail:** .....

(se podrá utilizar para notificaciones electrónicas):

● Solicita el pago por **transferencia bancaria** (acompañar constancia de CBU): SI ☐ NO ☐

● Declaro que **presto mi conformidad** para que la Caja de Jubilaciones y Pensiones de la Provincia de Santa

Fe envíe las notificaciones que corresponda **electrónicamente**: SI ☐ NO ☐

### 3- FIRMAS:

Declaro bajo juramento y en carácter de Declaración Jurada que los datos consignados en el presente formulario son ciertos y correctos.

\_\_\_\_\_  
Firma de quién solicita

\_\_\_\_\_  
Aclaración de Firma

CERTIFICO que los datos personales consignados precedentemente son copia fiel de los obrantes en los documentos de identidad que se mencionan y que tuve a la vista y que las firmas fueron colocadas en mi presencia.-

\_\_\_\_\_  
\*Firma y Sello de Autoridad Certificante

\_\_\_\_\_  
Lugar y Fecha

(\*) Certificación de firmas y copias: deben realizarse únicamente ante escribanía pública, autoridad judicial, persona autorizada o ante este organismo.