



El presente formulario tiene carácter de **Declaración Jurada**. Por favor complete todos los puntos.

**1- BENEFICIO SOLICITADO:**

Pensión por Fallecimiento de persona en:      ☐ ACTIVIDAD      ☐ PASIVIDAD (Jubilación o Retiro)

## 2- DATOS DE PERSONA FALLECIDA

**Apellidos y Nombres:**

(como figuran en el DNI):

**Estado Civil:** ☐ Soltera/o ☐ Casada/o ☐ Conviviente ☐ Viuda/o ☐ Divorciada/o ☐ Separada/o de Hecho/Legal

Si la persona fallecida gozaba de JUBILACIÓN o RETIRO, número de beneficio:

1 / | | | | | | / |

### 3- DATOS PERSONALES DE QUIÉN SOLICITA LA PENSIÓN

**Completar en caso de solicitante Viuda/o, Conviviente o Ex esposa/o alimentada/o.**

Relación con la persona fallecida: ☐ Viuda/o ☐ Conviviente ☐ Ex esposa/o que percibe alimentos

**Apellidos y Nombres:**

(como figuran en el DNI):

CUIL:

Sexo:

OMOF

Fecha Nac:

**Domicilio:**

Localidad:

CP

[illegible]

Tel. Fijo:

Tel. Celular:

#### 4- CONSTITUCIÓN DE DOMICILIO ELECTRÓNICO (requisito esencial)

Las notificaciones por medios electrónicos **son plenamente válidas**. Resolución General SFE 001/2023.

E-Mail de **TITULAR**:

## 5- OTROS DATOS

**¿Conoce a otras personas con posible derecho a Pensión?**

☐ SI      ☐ NO      En caso afirmativo indique quiénes:

☐ Viuda/o.

Nombre:

☐ Ex-esposa/o.

Nombre:

☐ Conviviente.

Nombre:

☐ Hijas/os.

Nombre:

☐ Hijas/os con Incapacidad.

Nombre:

¿Posee **más pruebas**, no agregadas en esta oportunidad, que permitan confirmar los hechos expresados?

☐ SI    ☐ NO

En caso afirmativo deberá **incorporarlas en el plazo de 10 días**, bajo apercibimiento de resolver con la documentación existente en el expediente.



El presente formulario tiene carácter de **Declaración Jurada**. Por favor complete todos los puntos.

## SOLICITUD DE PENSIÓN

### 6- COMPLETAR SEGÚN LA RELACIÓN CON EL CAUSANTE.

#### 1- Solicitante VIUDA / O

Fecha del casamiento:

¿Durante la vigencia de la sociedad conyugal hubo separación de hecho? ☐ SI ☐ NO

¿Percibía Alimentos? ☐ SI ☐ NO

¿Tiene otro beneficio otorgado o en trámite?: ☐ SI ☐ NO Tipo de Beneficio: .....

¿En que Caja o Instituto?: .....

#### 2- Solicitante CONVIVIENTE

Fecha de inicio de la Convivencia:  Hijas/os con el causante: ☐ SI ☐ NO

Indique el o los domicilios en los que tuvo lugar la convivencia y las fechas correspondientes:

Domicilios	Desde	Hasta

¿Tiene otro beneficio otorgado o en trámite?: ☐ SI ☐ NO Tipo de Beneficio: .....

¿En que Caja o Instituto?: .....

#### 3- Solicitante EX-ESPOSA / O ☐ Percibía Alimentos? ☐ SI ☐ NO

### 7- COMPLETAR EN CASO DE SOLICITANTES HIJAS/OS

#### Solicitante 1:

##### Apellidos y Nombres:

(como figuran en el DNI): .....

CUIL:  Sexo: ☐ M ☐ F Fecha Nac:

¿Trabaja en Relación de Dependencia? ☐ SI ☐ NO ¿Es una persona incapacitada? ☐ SI ☐ NO

¿Tiene otro beneficio otorgado o en trámite?: ☐ SI ☐ NO ¿Cuál? ¿Organismo?: .....

¿Estudia?: ☐ SI ☐ NO Nivel de Estudio: .....

**Estado Civil:** ☐ Soltera/o ☐ Casada/o ☐ Conviviente ☐ Viuda/o ☐ Divorciada/o ☐ Separada/o de Hecho/Legal

Si es casada/o o conviviente, y su pareja trabaja o percibe ingresos, debe adjuntar recibos o constancias correspondientes.

##### Domicilio:

Localidad: ..... CP

E-Mail: .....

Las notificaciones por medios electrónicos **son plenamente válidas**. Resolución General SFE 001/2023.

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



El presente formulario tiene carácter de **Declaración Jurada**. Por favor complete todos los puntos.

**Solicitante 2:**

**Apellidos y Nombres:**

(como figuran en el DNI):

CUIL: | | | | | | | | | | | | | | | | Sexo: ☐ M ☐ F Fecha Nac: | | / | | / | | | |

¿Trabaja en Relación de Dependencia? ☐ SI ☐ NO      ¿Es una persona incapacitada? ☐ SI ☐ NO

¿Tiene otro beneficio otorgado o en trámite?: ☐ SI ☐ NO ¿Cuál? ¿Organismo?:

¿Estudia?: ☐ SI ☐ NO Nivel de Estudio:

**Estado Civil:** ☐ Soltera/o ☐ Casada/o ☐ Conviviente ☐ Viuda/o ☐ Divorciada/o ☐ Separada/o de Hecho/Legal

Si es casada/o o conviviente, y su pareja trabaja o percibe ingresos, debe adjuntar recibos o constancias correspondientes.

**Domicilio:**

Localidad: CP| | | | | | |

E-Mail: \_\_\_\_\_

Las notificaciones por medios electrónicos **son plenamente válidas**. Resolución General SFE 001/2023.

Tel. Fijo: \_\_\_\_\_ Tel. Celular: \_\_\_\_\_

**Solicitante 3:**

**Apellidos y Nombres:**

(como figuran en el DNI):

CUIL: | | | | | | | | | | Sexo: ☐ M ☐ F Fecha Nac: | | / | | / | |

¿Trabaja en Relación de Dependencia? ☐ SI ☐ NO      ¿Es una persona incapacitada? ☐ SI ☐ NO

¿Tiene otro beneficio otorgado o en trámite?: ☐ SI ☐ NO ¿Cuál? ¿Organismo?:

¿Estudia?: ☐ SI ☐ NO Nivel de Estudio:

**Estado Civil:** ☐ Soltera/o ☐ Casada/o ☐ Conviviente ☐ Viuda/o ☐ Divorciada/o ☐ Separada/o de Hecho/Legal

Si es casada/o o conviviente, y su pareja trabaja o percibe ingresos, debe adjuntar recibos o constancias correspondientes.

**Domicilio:**

Localidad:	CP								
------------	----	--	--	--	--	--	--	--	--

E-Mail: \_\_\_\_\_

Las notificaciones por medios electrónicos **son plenamente válidas**. Resolución General SFE 001/2023.

Tel. Fijo: \_\_\_\_\_ Tel. Celular: \_\_\_\_\_

## 8- DATOS BANCARIOS Y OBRA SOCIAL

● ¿EN CUAL SUCURSAL DEL NBSF DESEA COBRAR?:

● **DE LA OBRA SOCIAL:** IAPOS ☐ SI ☐ NO ¿Optará por IAPOS SOLIDARIO? ☐ SI ☐ NO ☐ SMAI (EPE)



PROVINCIA DE SANTA FE  
Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social  
Caja de Jubilaciones y Pensiones

F03

El presente formulario tiene carácter de **Declaración Jurada**. Por favor complete todos los puntos.

## SOLICITUD DE PENSIÓN

### 9- DE LOS SERVICIOS (solo para Pensión por fallecimiento de **persona en ACTIVIDAD**)

#### 1- Cómputo Privilegiado / Diferenciado:

La opción DEBE HABER SIDO REALIZADA EN **ACTIVIDAD** y ANTE EL **EMPLEADOR**.

Debe adjuntar constancia de dicha opción, incluyendo el inicio del descuento del 50% del aporte adicional, según Ley 14283.

¿Solicita el Cómputo Privilegiado / Diferenciado para todas las actividades que correspondan?

☐ SI ☐ NO

Si respondió que SÍ en la pregunta anterior, indique por cuáles períodos:

☐ Con anterioridad al 21/01/1996

☐ Desde el 22/01/1996 al 07/10/2005

☐ Posteriores al 07/10/2005

2- ¿Computará servicios de otras Cajas? ☐ SI ☐ NO ¿De cuáles?:

#### OBSERVACIONES:

### 10- FIRMAS:

Manifiesto que he tomado conocimiento de mi obligación de comunicar a la Caja cualquier modificación que pueda afectar el derecho a la percepción del beneficio (art. 99 Ley 6915).

\_\_\_\_\_  
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

(\*) Las certificaciones de firmas deben realizarse ante personal de esta Caja, organismo competente, escribanía o Poder Judicial.