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

F18

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

CERTIFICADO DE SUPERVIVENCIA

Comparece ante autoridad certificante, a efectos de acreditar su supervivencia:

1- DATOS PERSONALES

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

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

Domicilio: .....

Localidad: ..... CP | | | | | | | | |

Datos del beneficio: ❍ Jubilación ❍ Pensión Número de Beneficio: | | | | | | | | | | |

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

2- CONSTITUCIÓN DE DOMICILIO ELECTRÓNICO (requisito esencial)

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

E-Mail de **TITULAR**: .....

3- 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.