



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

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 figuran en el DNI):

CUIL: Sexo: M F Fecha Nac:

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:

- 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- CONSTITUCIÓN DE DOMICILIO ELECTRÓNICO (requisito esencial)

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

E-Mail de **QUIÉN SOLICITA**:

4- 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.