



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

SOLICITUD PARA PERCIBIR JUBILACIÓN / RETIRO EN LUGAR DE PERSONA INHABILITADA (SUBROGACIÓN)

1- DATOS DE LA PERSONA INHABILITADA

Apellidos y Nombres:

(como figuran en el DNI):

CUIL: Sexo: M F Fecha Nac: / /

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

Si ya se encuentra en PASIVIDAD, número de beneficio: 1 / /

2- DATOS PERSONALES DE QUIÉN SOLICITA LA PENSIÓN

Completar en caso de Viuda/o, Conviviente o Ex cónyuge con percepción de alimentos.

Vínculo con la persona inhabilitada: Viuda/o Conviviente Ex esposa/o que percibe alimentos

Apellidos y Nombres:

(como figuran en el DNI):

CUIL: Sexo: M F Fecha Nac: / /

Domicilio:

Localidad: CP /

Tel. Fijo: Tel. Celular:

3- CONSTITUCIÓN DE DOMICILIO ELECTRÓNICO (requisito esencial)

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

E-Mail de **TITULAR**:

4- COMPLETAR SEGÚN LA RELACIÓN CON EL CAUSANTE.

1- Solicitante CÓNYUGE

¿Durante el matrimonio 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:

Domicilio	Desde	Hasta



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

SOLICITUD PARA PERCIBIR JUBILACIÓN / RETIRO EN LUGAR DE PERSONA INHABILITADA (SUBROGACIÓN)

¿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

4- EN TODOS LOS CASOS:

¿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.

4- COMPLETAR EN CASO DE SOLICITANTES HIJAS o HIJOS.

Solicitante 1:

Apellidos y Nombres:

(como figuran en el DNI):

CUIL:

Sexo: M F

Fecha Nac:

¿Trabaja en Relación de Dependencia? SI NO

¿Es discapacitada/o? 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:

Tel. Fijo:

Tel. Celular:

E-Mail:

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

Solicitante 2:

Apellidos y Nombres:

(como figuran en el DNI):

CUIL:

Sexo: M F

Fecha Nac:

¿Trabaja en Relación de Dependencia? SI NO

¿Es discapacitada/o? 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:



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

SOLICITUD PARA PERCIBIR JUBILACIÓN / RETIRO EN LUGAR DE PERSONA INHABILITADA (SUBROGACIÓN)

Localidad: CP

Tel. Fijo: Tel. Celular:

E-Mail:

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

5- OTROS DATOS

- ¿EN CUAL SUCURSAL DEL NBSF DESEA COBRAR?:
- DE LA OBRA SOCIAL: IAPOS SI NO ¿Optará por IAPOS SOLIDARIO? SI NO SMAI

6- CÓMPUTO PRIVILEGIADO - DIFERENCIADO (si la persona inhabilitada está en ACTIVIDAD)

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

OBSERVACIONES:

7- 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)

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.-

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