



CAJA INTERPROFESIONAL DE PREVISION DE SAN JUAN

Ley Provincial N° 455 - S

Gral. Paz 302 (Este) Tel.4228302 – Tel./Fax 4218024 San Juan

E-Mail: mesadeentrada@cipsj.com.ar – secretaria@cipsj.com.ar
- Web: www.cipsj.com.ar – Wp: 2645824165

SOLICITUD DE JUBILACIÓN EXTRAORDINARIA

Afiliado N°

Fecha:.....

Apellidos y nombres del afiliado: Mat. N°

Apellidos y nombres completos del/los solicitante/s:

.....

DNI/LE/LC/CE:..... Sexo: Estado civil: Fecha de nacimiento:...../...../.....

C.U.I.L / C.U.I.TN°..... Teléfono:..... Cel: N°.....

Domicilio:.....

Localidad:..... Código Postal:..... Mail:.....

PERSONAS A CARGO:

Apellidos y nombres completos	Parentesco	Documento	Nacimiento	Incapacidad

Indicar si el afiliado era beneficiario de otra prestación previsional:.....

SI

Otros beneficios del/los peticionante/s Tipo:.....

NO

Caja/s:.....Expedientes N°:.....

Causales de Incapacidad: Se adjuntan copias de Historia Clínica y de los certificados médicos donde constan las patologías existentes y la fecha de comienzo de la incapacidad total y permanente

Solicito que el haber previsional comience a devengarse desde:

Banco para acreditar prestación:

ME NOTIFICO QUE LA PRESENTACIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN PARA LA SOLICITUD DE UN BENEFICIO NO IMPLICA EN MODO ALGUNO LA SEGURIDAD DE QUE ESE BENEFICIO SEA OTORGADO SINO QUE SE INICIA EL TRAMITE CORRESPONDIENTE AL ESTUDIO DEL LEGAJO PARA LA VERIFICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE TODAS LAS CONDICIONES QUE DEBE ACREDITAR EL AFILIADO CONFORME A LA REGLAMENTACIÓN APLICABLE A FIN DE RESOLVER EL PEDIDO PRESENTADO SEGÚN CORRESPONDA OTORGAR O NO EL BENEFICIO SOLICITADO.

DECLARO QUE LOS DATOS CONSIGNADOS SON REALES Y QUE LOS FORMULO CON CONOCIMIENTO DE LAS PENALIDADES DEL ART. 293° DEL CÓDIGO PENAL.

Firma

CERTIFICO que la firma que precede es auténtica de don/ña.....
quien exhibe el documento de identidad antes mencionado, y que ha sido puesta en mi presencia.

Firma

Sello aclaratorio