



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 PENSIÓN.

Afiliado N°

Fecha:..... Apellidos y nombres del afiliado fallecido:.....

Apellidos y nombres completos del/de los solicitante/s (por si o por representante):

.....

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:.....

DATOS INDIVIDUALES:

<u>Apellidos y nombres completos</u>	<u>Parentesco</u>	<u>Documento</u>	<u>Fecha Nacimiento</u>	<u>Incapacidad</u>	<u>Domicilio</u>

Otros beneficios del/los peticionante/s

☐ SI

Tipo:.....

☐ NO

Otorgado o en trámite:

Caja/s:.....Expedientes N°:.....

Solicito que el haber previsional comience a devengarse desde:

Banco para acreditar prestación:.....

Observaciones: (Indicar, por ejemplo, si conocen la existencia de otra persona con derecho a pensión) – Discapacidad de: ...

.....

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