



Caja de Jubilaciones, Subsidios y
Pensiones del Personal del Banco de
la Provincia de Buenos Aires.

CARTA PODER PARA PERCIBIR

AFILIADO/A N° _____/_____

DATOS DEL/DE LA PODERDANTE				
APELLIDO (S) Y NOMBRE (S)			DOC. DE IDENTIDAD	
			TIPO: LC. / LE. / DNI.	Nº:
DOMICILIO				
CALLE:	Nº:	PISO:	DPTO.:	C.P.:
PROVINCIA:	LOCALIDAD:	BARRIO:		
TELEFONOS				
CODIGO DE AREA:	PARTICULAR:	OTRO/CEL:		

DATOS DEL/DE LA APODERADO/A				
APELLIDO (S) Y NOMBRE (S)			DOC. DE IDENTIDAD	
			TIPO: LC. / LE. / DNI.	Nº:
DOMICILIO				
CALLE:	Nº:	PISO:	DPTO.:	C.P.:
PROVINCIA:	LOCALIDAD:	BARRIO:		
TELEFONOS				
CODIGO DE AREA:	PARTICULAR:	OTRO/CEL:		

Se confiere el presente mandato para percibir los importes que liquide a su favor esta Caja de Jubilaciones, en concepto de beneficio previsional, relevando a la misma de las consecuencias de este mandato por los actos de su apoderado, corriendo los mismos por su exclusiva cuenta y riesgo. Además, asumimos el compromiso de avisar en forma inmediata a esta Caja, toda modificación de datos vertidos en este ejemplar (cambio de domicilio, apoderado, **revocación del mandato conferido**, etc.)

TODOS LOS DATOS CONSIGNADOS EN EL PRESENTE FORMULARIO REVISTEN EL CARÁCTER DE DECLARACIÓN JURADA

Firma del/ de la Apoderado/a

*Firma o impresión dígito pulgar
del/de la Poderdante*

CERTIFICACIÓN DE IDENTIDAD Y DE FIRMAS POR AUTORIDAD COMPETENTE (*)

CERTIFICO que los datos personales consignados precedentemente, son copia fiel de los obrantes en los documentos de identidad que se indican y que he tenido a la vista, y que las firmas fueron puestas en mi presencia.

Lugar y fecha

Certificación de Firma ()*

() Certificada ante esta Caja, Funcionario del Banco de la Provincia de Buenos Aires, Escribano Público, Juez de Paz o Médico.*

CUMPLIMENTAR AL DORSO

Señor
Gerente General de la
CAJA DE JUBILACIONES

Mediante la presente me comprometo como apoderado/a del/de la Sr./
Sra. _____, sirviendo la presente de notificación
fehaciente:

- A.** Notificar en forma fehaciente a esa Caja de Jubilaciones, dentro de los 15 (quince) días de producido el cambio, el nuevo domicilio y/o el teléfono del poderdante o el mío propio.
- B.** Notificar a esa Caja de Jubilaciones, dentro de las 72 (setenta y dos) horas, el deceso de mi poderdante.
- C.** No efectuar extracción alguna de la cuenta de acreditación del beneficio, con posterioridad al fallecimiento de mi poderdante.
- D.** Reintegrar toda suma que por cualquier concepto, no componga el saldo de la cuenta de acreditación del haber previsional y que corresponda reintegrar a esa Caja de Jubilaciones, obligándome a restituir en forma inmediata y total, al primer requerimiento que me formule la Entidad de modo fehaciente, sin necesidad de interposición judicial alguna (Artículo 173° - Inc. 2 – del Código Penal).

DATOS DEL/DE LA APODERADO/A	
APELLIDO (S) Y NOMBRE (S)	DOC. DE IDENTIDAD
	TIPO: LC. / LE. / DNI.: Nº:

DOMICILIO				
CALLE:	Nº:	PISO:	DPTO.:	C.P.:
PROVINCIA:	LOCALIDAD:	BARRIO:		
TELEFONOS				
CODIGO DE AREA:	PARTICULAR:	OTRO/CEL:		

Firma del/ de la Apoderado/a

Certificación de Firma ()*

() Certificada ante esta Caja, Funcionario del Banco de la Provincia de Buenos Aires, Escribano Público, Juez de Paz o Médico.*

IMPORTANTE: EL RUBRO DE LA CUENTA PARA LA ACREDITACIÓN DEL BENEFICIO, SERÁ:

“A NOMBRE DEL BENEFICIARIO ORDEN DEL BENEFICIARIO Y SU/S APODERADO/S Orden Recíproca”

CERTIFICADO DE SUPERVIVENCIA: Semestralmente (antes del 10 de enero y del 10 de julio de cada año), deberá presentar certificación de supervivencia, certificada por autoridad competente: Funcionario del Banco de la Provincia de Bs. As., Médico (con sello aclaratorio y nº de matrícula) o Juez de Paz.

DE NO HACERLO ASÍ, LOS HABERES PREVISIONALES SERÁN RETENIDOS EN FORMA PREVENTIVA.-