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

SOLICITUD DE JUBILACIÓN ANTICIPADA

AFILIADO/A N° _____/___

DATOS PERSONALES

APELLIDO (S) Y NOMBRE (S)			**FECHA DE NACIMIENTO**
DOC. DE IDENTIDAD		**C.U.I.L.**	**ESTADO CIVIL**
TIPO: LC. / LE. / DNI.	Nº:	Nº:	

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

JUBILACIÓN SOLICITADA				
A PARTIR DEL:				DE CONFORMIDAD CON LA LEY 15.008

¿COMPUTARÁ SERVICIOS DE OTRAS CAJAS?	**SI**		**NO**		**ENTIDAD:**

FAMILIARES CON POSIBLE DERECHO A PENSIÓN (Cónyuge, Conviviente, Hijos)

APELLIDO (S) Y NOMBRE (S)	PARENTESCO	FECHA DE NAC.	¿DEPENDE DE UD.?	¿TIENE DISCAPACIDAD?	ESCOLARIDAD			
					PREESC.	PRIM.	SEC.	UNIV.
D.N.I.:								
D.N.I.:								
D.N.I.:								
D.N.I.:								
D.N.I.:								

TODOS LOS DATOS CONSIGNADOS EN ESTE FORMULARIO REVISTEN CARÁCTER DE DECLARACIÓN JURADA. LA PRESENTE INFORMACIÓN SERÁ UTILIZADA EN EL MOMENTO DE LA CONVERSIÓN DE SU BENEFICIO EN CARÁCTER ORDINARIO Y DEFINITIVO.

_____

FIRMA

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

EL/LA SOLICITANTE DEL BENEFICIO DE JUBILACIÓN SE NOTIFICA DE LO SIGUIENTE:

A la presentación del formulario de Jubilación Ordinaria será requisito ineludible para la iniciación del trámite, la presentación de la documentación detallada en los puntos de 1 a 8.

Respecto de la documentación detallada en los puntos 9 a 10 se deja constancia que de generar derechos a percepción de algún tipo de suma dineraria la misma se abonará a partir del mes siguiente de la presentación, no generando derecho a retroactivo alguno.

1. Fotocopia del documento de identidad anverso y reverso.
2. Formulario "Cuenta Bancaria", certificado por autoridad competente del Banco de la Provincia de Bs. As., donde se encuentra radicada la cuenta. **El rubro de la cuenta bancaria para la acreditación del beneficio, debe estar consignado de la siguiente forma:**
   a) **Unipersonal: "A nombre del/de la solicitante".**
   b) **Orden Recíproca: "A nombre del/de la solicitante y SU CÓNYUGE O/R ".**
   c) **Apoderado (s) con mandato reconocido por la Caja:**
   "A NOMBRE DEL/DE LA SOLICITANTE orden del/de la solicitante y su (s) apoderado (s)".
3. Constancia de CUIL. La misma se obtiene a través de la página web de Anses y quien no lo posea deberá concurrir al Anses más cercano a su domicilio con DNI.
4. Fotocopia de la libreta de matrimonio donde estén asentados el matrimonio del solicitante y los nacimientos de sus hijos y/o acta de convivencia.
5. Formulario N° 649 (Exclusivamente para aquellos afiliados que a la fecha de cese, no se encuentren dentro de la dotación del personal activo del Banco de la Provincia de Buenos Aires).
6. Fotocopia de Certificado de discapacidad de hijos a cargo emitida por Entidad pública de Salud.
7. Expediente original de Reconocimiento de Servicios (en caso de tener aportes en otra Caja) junto con la Certificación de servicios y remuneraciones original extendida por el Banco de la Provincia de Buenos Aires.
8. Certificados de Alumno regular en edad escolar, menores de 18 años, por original.
9. Formulario 572 de Impuesto a las Ganancias***. Solo podrá ser presentado vía web, a través de la página de la AFIP.***

IMPORTANTE:

El mandato del apoderado concluye indefectiblemente con el fallecimiento del titular; ocurrido esto, el apoderado pierde el derecho de extraer fondos de la cuenta del titular, utilizar la tarjeta de débito, y todo otro acto que implique disponer de los fondos del titular fallecido.

SUPERVIVENCIA

Semestralmente el beneficiario/a deberá acreditar su supervivencia en las fechas y por los canales que establezca esta Institución (CONSULTAR: www.jubilacionbapro.com.ar)

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

CAMBIO DE DOMICILIO

En caso de realizar el cambio de domicilio, tendrá que comunicarlo fehacientemente dentro de los 30 días de producido el mismo. Caso contrario se tendrán por válidas todas las notificaciones que se practiquen en el consignado en la presente solicitud.

Firma *Aclaración de Firma* *Tipo y Nº de Doc. de Identidad*

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

Señor Gerente del
BANCO DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES
PRESENTE

De nuestra consideración:

Ref.: **SOLICITUD DE INFORMACIÓN SOBRE CUENTA BANCARIA**
PARA ACREDITACIÓN DE BENEFICIO PREVISIONAL

Tenemos el agrado de dirigirnos a Ud. a efecto de solicitarle tenga a bien retornar la presente a esta Oficina, transcribiendo y certificando al pie de la misma: tipo, número y rubro de la cuenta abierta por el/la beneficiario/a, con el fin de la acreditación de sus haberes.

Sin otro particular, saluda a Ud. atentamente.

AF. N°_____/____

CASA / SUCURSAL: _____ CODIGO N°: _____

CUENTA CORRIENTE ☐ CAJA DE AHORROS ☐ CUENTA N° _____

DENOMINACION: _____

_____

_____

RUBRO COMPLETO: _____

_____

_____

CBU:

CERTIFICADO Y CUMPLIMENTADO POR EL BANCO DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES.

_____	_____	_____
LUGAR Y FECHA	***JEFE OPERATIVO***	***GERENTE***

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

AF.N°_____/___

- DECLARACIÓN JURADA ART. 38° -

DECLARO no percibir ninguna otra prestación de la misma naturaleza además de la solicitada en esta Caja, conforme lo determinado en el art. 38º de la Ley N° 15.008.-

_____	_____	_____
Firma	*Aclaracion de la firma*	*Tipo y Nº Doc.*

En caso de poseer una prestación de otra naturaleza, indicarlo a continuación:

Tipo de Beneficio: **JUBILACION**

Caja otorgante: _____

Importe: _____

Tipo de Beneficio: **PENSION**

Causante: Sr/Sra:_____

Caja otorgante: _____

Importe: _____

_____	_____	_____
Firma	*Aclaracion de la firma*	*Tipo y Nº Doc.*

Art. 38: No se acumularán en una misma persona dos o más prestaciones, con excepción de los hijos, quienes podrán percibir hasta dos pensiones.

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

AF.N°_____/___

- DECLARACIÓN JURADA ART. 40° -

DECLARO no prestar servicios remunerados en relación de dependencia, conforme lo determinado en el art. 40º de la Ley N° 15.008.

Asimismo **me comprometo** a denunciar ante La Caja deJubilaciones el reingreso a la actividad en las condiciones descriptas.

Art.40: Será incompatible la percepción total del haber jubilatorio con el desempeño de cualquier actividad remunerada en relación de dependencia, con excepción de los servicios docentes.
Esta incompatibilidad se extenderá también a cargos públicos en el ámbito nacional, provincial o municipal, sean o no electivos.
El reingreso a la actividad en relación de dependencia, implicara la suspensión automática del haber.
El jubilado deberá denunciar el reingreso a la actividad dentro de los treinta (30) días corridos de producido el mismo, en caso contrario deberá reingresar lo percibido indebidamente a partir del reingreso y hasta el momento en que la Caja tomara conocimiento de esa circunstancia.

Firma *Aclaración de Firma* *Tipo y Nº de Doc. de Identidad*

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

AF.N°_____/___

- DECLARACIÓN JURADA ART. 29° -

(Confeccionar lo que corresponda)

Declaro **NO** tener a cargo hijos incapacitados para el trabajo según los términos comprendidos en el art. 29° inc a).-

Firma *Aclaración de Firma* *Tipo y Nº de Doc. de Identidad*

Declaro **SI** tener a cargo hijos incapacitados para el trabajo según los términos comprendidos en el art. 29° inc a).-

En este caso ud. deberá adjuntar a la presente solucitud los certificados pertinentes tales como el de discapacidad, curatela y médicos entre otros. Dichos certificados deberán acreditar que la invalidez existía a los 18 años de edad a fin de poder ingresar como beneficiarios a su hijo/s

Firma *Aclaración de Firma* *Tipo y Nº de Doc. de Identidad*

Art. 29º - inc. a): En caso de muerte o fallecimiento presunto declarado judicialmente del jubilado o del afiliado en actividad, o con derecho a jubilación, tendrán derecho a pensión las siguientes personas en el orden excluyente que se consigna: a) La viuda o el viudo, el o la conviviente en concurrencia con los hijos del causante si los hubiere, hasta los dieciocho (18) años de edad, y los incapacitados para el trabajo de y hasta cualquier edad, demostrándose que la invalidez existía al cumplir los dieciocho años de edad.
Art. 38º: No se acumularán en una misma persona dos o más prestaciones, con excepción de los hijos, quienes podrán percibir hasta dos pensiones.

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

AF.N°_____/___

Sr. Gerente de la Caja de Jubilaciones
Subsidios y Pensiones del Personal del
Banco de la Provincia de Buenos Aires
S / D.

De mi mayor consideración:

Ref. : Liquidación Primer Pago Beneficio Jubilatorio

Me dirijo a Ud., solicitando la aplicación de la opción prevista por el art. 18 inc. b) 3er. Párrafo de la Ley de Impuesto a las Ganancias, por lo tanto se determine el impuesto por el criterio de lo devengado respecto de las prestaciones provisionales que se me deben liquidar.

Art. 18 inc. b) Las ganancias originadas en jubilaciones o pensiones liquidadas por las Cajas de jubilaciones y las derivadas del desempeño de cargos públicos o del trabajo personal ejecutado en relación de dependencia que como consecuencia de modificaciones retroactivas de convenios colectivos de trabajo o estatutos o escalafones, sentencia judicial, allanamiento a la demanda o resolución de recurso administrativo por autoridad competente, se percibieran en un ejercicio fiscal y hubieran sido devengadas en ejercicios anteriores, podrán ser imputadas por sus beneficiarios a los ejercicios fiscales a que correspondan. El ejercicio de esta opción implicará la renuncia a la prescripción ganada por parte del contribuyente.

Sin otro particular, saluda a Ud. Atentamente.

Firma *Aclaración de Firma* *Tipo y Nº de Doc. de Identidad*

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

AF.N°_____/____

FORMULARIO 572 WEB

Se informa que en virtud de tramitar el beneficio previsional el afiliado deberá confeccionar el formulario 572 Web a través del servicio con clave fiscal de Afip "572 web Siradig Trabajador".

En dicho formulario deberá informar los ingresos recibidos en el último año como así también las deducciones, retenciones del impuesto a las ganancias, el cambio de agente de retención y los demás datos que prevé dicho formulario. En caso de omitir la presentación del citado formulario se deja expresa constancia que la retención del impuesto a las ganancias que podrá practicar esta CAJA será a una tasa menor a la que correspondería, situación que será de su expresa responsabilidad.

Firma	*Aclaración de Firma*	*Tipo y Nº de Doc. de Identidad*

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

Buenos Aires Provincia

AFILIADO Nº ______________/______

SOLICITUD DE ASIGNACIONES FAMILIARES

DECRETO Nº 1516/04

ASIGNACIÓN SOLICITADA

Marcar con una **X** e indicar cantidad de asignaciones solicitadas, según corresponda y completar **ANEXO 1** (Solicitud de Cónyuge - Hoja Nº 4) y/o **ANEXO 2** (Solicitud Hijo/Ayuda Escolar - Hoja Nº 5/6),

☐ Cónyuge ☐ Hijo Menor - cantidad ___ ☐ Ayuda Escolar - cantidad ___

☐ Hijo con Capacidad Restringida - cantidad ___

DATOS DEL SOLICITANTE

Apellidos y Nombres

CUIL

Fecha de Nacimiento

☐ Documento ☐ Doc. Extr.

Número de Documento

Correo Electronico

Télefono Celular

Télefono Fijo

Domicilio Real

Localidad

Código Postal

Provincia

País

ESTADO CIVIL

Marcar con una **X** donde corresponda.

☐ Soltero/a ☐ Casado/a ☐ Conviviente

☐ Viudo/a Desde

☐ Separado/a o Divorciado/a Desde

Nombre y Apellido del conyuge / ex cónyuge

Firma *Aclaración*

Las asignaciones familiares se abonarán a partir de la fecha en la cual el trámite se encuentre debidamente cumplimentado. En todos los casos la fecha tope de recepción será el día 12 de cada mes para liquidarse a partir del próximo pago. No se abonará ningún tipo de retroactivo.

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

Buenos Aires Provincia

AFILIADO Nº _____ / _____

DECLARACIÓN JURADA COMPLETAMENTARIA DE INGRESO DEL GRUPO FAMILIAR

Esta hoja es de presentación obligatoria, en caso que no haya información para suministratar solicitamos igualmente, su firma y aclaración.

OTROS INGRESOS DEL DECLARANTE

RELACIÓN DE DEPENDENCIA _____
Denominación Empleador

CUIT Empleador — $ _____ Ingreso Bruto

JUBILACIÓN / PENSIÓN _____
Organismo Prestador

CUIT Prestador — $ _____ Ingreso Bruto

INDEPENDIENTE ☐ Autónomo ☐ Monotributista

_____ $ _____
Categoría — Ingreso Bruto

INGRESO DEL CÓNYUGE

_____
Apellidos y Nombres

CUIL — _____ Número de Documento

RELACIÓN DE DEPENDENCIA _____
Denominación Empleador

CUIT Empleador — $ _____ Ingreso Bruto

JUBILACIÓN / PENSIÓN _____
Organismo Prestador

CUIT Prestador — $ _____ Ingreso Bruto

INDEPENDIENTE ☐ Autónomo ☐ Monotributista

_____ $ _____
Categoría — Ingreso Bruto

_____ _____
Firma *Aclaración*

Las asignaciones familiares se abonarán a partir de la fecha en la cual el trámite se encuentre debidamente cumplimentado. En todos los casos la fecha tope de recepción será el día 12 de cada mes para liquidarse a partir del próximo pago. No se abonará ningún tipo de retroactivo.

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

Buenos Aires Provincia

AFILIADO Nº _____ / _____

DECLARO BAJO JURAMENTO

· No percibir Asignación Familiar directamente de ANSeS ni otro Organismo o Empresa.
· Tener a mi cargo a los familiares por los cuales solicito la Asignación.
· No estar percibiendo, el otro progenitor, Asignaciones Familiares directamente de ANSeS como de ningún otro Organismo o Empresa, por los cuales solicito la Asignación.

OBSERVACIONES _____

DOCUMENTACIÓN QUE AGREGA

- ☐ Fotocopia DNI ☐ Titular ☐ Cónyuge/Progenitor ☐ Hijo/s
- ☐ Constancia de CUIL ☐ Titular ☐ Cónyuge/Progenitor ☐ Hijo/s
- ☐ Certificado Negativo de ANSeS
- ☐ Constancia de otros Ingresos ☐ Titular ☐ Cónyuge/Progenitor ☐ Hijo/s
- ☐ Partida de Matrimonio del titular
- ☐ Partida de Nacimiento de los hijos
- ☐ Testimonio de Vigencia/Sentencia de Guarda, Tutela/Curatela o Adopción del/los hijos.
- ☐ Acta de divorcio
- ☐ Certificado Único de Discapacidad - CUD del/los hijos.
- ☐ Certificado de Estudios de/los hijos
- ☐ Carta Poder para Tramitar
- ☐ Certificado de defunción del conyuge/ex-cónyuge

FIRMA DEL SOLICITANTE

Firma del Afiliado/a ó Dígito Pulgar	Aclaración	Lugar y Fecha

IMPORTANTE: La omisión o falsedad en la presente Declaración Jurada será pasible de la pena establecida en el Art.293 del Código Penal. La documentación que no fuera presentada en la sede Central o Delegaciones de esta Caja, quedara sujeta a revisión.

ARTÍCULO 293: "Será reprimido con reclusión o prisión de uno a seis años al que insertare o hiciera insertar en un instrumento público declaraciones falsas, concerniente a un hecho que el documento deba probar, de modo que pueda resultar perjuicio".

CERTIFICADO DE IDENTIDAD Y FIRMA POR AUTORIDAD COMPETENTE

Firma	Aclaración, Cargo y Sello del Área	Lugar y Fecha

Las asignaciones familiares se abonarán a partir de la fecha en la cual el trámite se encuentre debidamente cumplimentado. En todos los casos la fecha tope de recepción será el día 12 de cada mes para liquidarse a partir del próximo pago. No se abonará ningún tipo de retroactivo.

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

Buenos Aires Provincia

AFILIADO Nº ____________ / ______

ANEXO 1

ASIGNACIÓN POR CÓNYUGE

DATOS DEL CÓNYUGE

Deberá ser llenado en todos los casos por el **solicitante.**

TIPO DE PRESENTACIÓN

☐ Alta ☐ Baja ☐ Renovación

Apellidos y Nombres

CUIL

Fecha de Nacimiento

☐ Documento ☐ Doc. Extr.

Número de Documento

Domicilio Real

Localidad

Fecha de Casamiento

Reside en el País ☐ SI ☐ NO

Necesita Curador/Apoyo ☐ SI ☐ NO

Hijos con discapacidad ☐ SI ☐ NO

Trabaja en relación de Dependencia ☐ SI ☐ NO

Es pensionado o percibe otro Beneficio ☐ SI ☐ NO

Profesión

Apellidos y Nombres del Curador

CUIL del Curador

Firma del Afiliado/a

Las asignaciones familiares se abonarán a partir de la fecha en la cual el trámite se encuentre debidamente cumplimentado. En todos los casos la fecha tope de recepción será el día 12 de cada mes para liquidarse a partir del próximo pago. No se abonará ningún tipo de retroactivo.

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

Buenos Aires Provincia

AFILIADO Nº _____/_____

ANEXO 2

ASIGNACIÓN POR HIJO Y/O AYUDA ESCOLAR

DATOS DEL HIJO

Deberá ser llenado en todos los casos por el **solicitante.** Se deberá completar un **ANEXO 2** por cada hijo que tramita la asignación.

TIPO DE PRESENTACIÓN

☐ Alta ☐ Baja ☐ Renovación

☐ Hijo cónyuge actual ☐ Hijo ex-cónyuge (Presentar acta de divorcio o certificado de defunción)

_____

Apellidos y Nombres

CUIL

Fecha de Nacimiento

_____ _____

Domicilio Real Localidad

☐ Documento ☐ Doc. Extr. _____

Número de Documento

Reside en el País ☐ SI ☐ NO

Necesita Curador/Apoyo ☐ SI ☐ NO

Hijos con discapacidad ☐ SI ☐ NO

Certificado de Estudios ☐ SI ☐ NO

Es pensionado o percibe otro Beneficio ☐ SI ☐ NO

Máximo nivel educativo alcanzado ☐ INICIAL ☐ PRIMARIO ☐ SECUNDARIO

_____

Apellidos y Nombres del Curador

CUIL del Curador

_____

Firma del Afiliado/a

Las asignaciones familiares se abonarán a partir de la fecha en la cual el trámite se encuentre debidamente cumplimentado. En todos los casos la fecha tope de recepción será el día 12 de cada mes para liquidarse a partir del próximo pago. No se abonará ningún tipo de retroactivo.

CJP

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

Buenos Aires Provincia

AFILIADO Nº _____ / _____

ANEXO 3

ASIGNACIÓN FAMILIAR EN GUARDA Y/O TUTELA

DECLARACIÓN JURADA FAMILIAR EN GUARDA Y/O TUTELA. VIGENCIA DE GUARDA Y/O TUTELA

DATOS DE LA GUARDA Y/O TUTELA

_____

Carátula

_____ _____

Juzgado Radicación | Localidad

DATOS DE LOS MENORES BAJO ESTA GUARDA

__ __ __ __ __ __ __ __

Fecha de Otorgamiento

_____

Apellidos y Nombres

☐ Documento ☐ Doc. Extr. _____ Número de Documento

__ __ __ __ __ __ __ __

Fecha de Nacimiento

_____

Apellidos y Nombres

☐ Documento ☐ Doc. Extr. _____ Número de Documento

__ __ __ __ __ __ __ __

Fecha de Nacimiento

_____

Apellidos y Nombres

☐ Documento ☐ Doc. Extr. _____ Número de Documento

__ __ __ __ __ __ __ __

Fecha de Nacimiento

Declara bajo **JURAMENTO** y bajo su **ABSOLUTA RESPONSABILIDAD** "que la guarda continúa vigente en todos sus efectos".

_____

Firma del Afiliado/a

Las asignaciones familiares se abonarán a partir de la fecha en la cual el trámite se encuentre debidamente cumplimentado. En todos los casos la fecha tope de recepción será el día 12 de cada mes para liquidarse a partir del próximo pago. No se abonará ningún tipo de retroactivo.

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

Buenos Aires Provincia

REQUISITOS DE INICIACIÓN DE TRÁMITES

ASIGNACIONES FAMILIARES SEGÚN EL DECRETO Nº 1516/04

Quienes pueden solicitarla

Jubilados y Pensionados de la Caja de Jubilaciones, Subsidios y Pensiones del Personal del Banco de la Provincia de Buenos Aires, que tengan familiares a cargo.

Requisitos

Del Titular:

- Que sea titular de un beneficio previsional (Jubilación o Pensión).
- Que los familiares por los cuales solicita la Asignación Familiar los tenga a cargo.

Del Cónyuge

- Debe estar legalmente casado, no incluye conviviente de hecho ni unión convivencial registrada.

Del Hijo

- El hijo debe ser menor de dieciocho (18) años y soltero.
- Puede estar en guarda, tenencia o tutela acordada por autoridad judicial o administrativa competente.

Del Hijo con Discapacidad

- No debe estar casado.
- Debe acreditar su condición de discapacid.
- Puede estar en guarda, tenencia o tutela acordada por autoridad judicial o administrativa competente.

Documentación requerida para el Alta de Asignaciones Familiares:

Requisitos del titular:

- Formulario de solicitud (se descarga de la pagina WEB).
- Fotocopia del DNI (frente y reverso).
- Constancia de CUIL.
- Certificado negativo del ANSES.

Para asignación por cónyuge:

- Partida de matrimonio actualizada y legalizada.
- Acta de Divorcio (en este caso el derecho a percibir asignación familiar por cónyuge se mantendrá para el beneficio obligado a pasar alimentos. Cesará este derecho, si caducara la obligación alimentaria).
- Recibo de haberes o de beneficio previsional.
- Fotocopia del DNI (frente y reverso).
- Constancia de CUIL.
- Certificado negativo del ANSES.

Para asignación por hijo

- Fotocopia del DNI (frente y reverso).
- Constancia de CUIL.
- Original y fotocopia de la partida de nacimiento legalizada.

Para asignación por hijo con discapacidad (en caso de corresponder)

- Fotocopia del DNI (frente y reverso).
- Constancia de CUIL.
- Original y fotocopia de la partida de nacimiento legalizada.
- Recibo de haberes de beneficio previsional.
- Curatela y testimonio de aceptación del cargo (en caso de corresponder). Original y fotocopia o esta última debidamente intervenida.
- Certificado de discapacidad. Original y fotocopia o esta última debidamente intervenida. El mismo deberá ser

REQUISITOS DE INICIACIÓN DE TRÁMITES

ASIGNACIONES FAMILIARES SEGÚN EL DECRETO Nº 1516/04

presentado nuevamente cada vez que pierda vigencia el anterior.

Para Asignación de Ayuda Escolar

Acreditación de escolaridad/escolaridad especial, firmado, sellado y fechado por el establecimiento educativo o de rehabilitación al que concurra el hijo/a. Deberá ser presentado a partir del inicio del ciclo lectivo.

Vencimiento y Renovación Anual

El interesado deberá presentarse a renovar el pago de asignación una vez por año, durante los meses de enero, febrero, marzo, venciendo el plazo para la renovación el 12 de marzo de cada año, y debiendo volver a presentar toda la documentación que se le requiera, según corresponda y por el medio que la Caja disponga sin excepción.

IMPORTANTE

Cuando se produzca una modificación que afecta el pago de asignaciones, según la información solicitada en estos requisitos, debe declarar dicha situación en el momento que ocurra, sin esperar al 12 de marzo del año siguiente.

Documentación requerida solo para los casos de Renovación Anual:

Requisitos del titular:

- Formulario de solicitud (se descarga de la pagina WEB).
- Certificado negativo del ANSES.

Para asignación por cónyuge:

- Partida de matrimonio actualizada y legalizada.
- Recibo de haberes o de beneficio previsional.
- Certificado negativo del ANSES.

Para asignación por hijo

- Tutela, tenencia o guarda. Recuerde que el mismo deberá ser presentado en los casos en que se haya efectuado alguna modificación.

Para asignación por hijo con discapacidad (en caso de corresponder)

- Recibo de haberes de beneficio previsional.
- Curatela y testimonio de aceptación del cargo. Recuerde que el mismo deberá ser presentado en los casos en que se modifique el curador designado.
- Certificado de discapacidad. Recuerde que el mismo deberá ser presentado en los casos en que pierda vigencia el anterior.

Para Asignación de Ayuda Escolar

Acreditación de escolaridad/escolaridad especial, firmado, sellado y fechado por el establecimiento educativo o de rehabilitación al que concurra el hijo/a. Deberá ser presentado a partir del inicio del ciclo lectivo.

Vencimiento y Renovación Anual

El interesado deberá presentarse a renovar el pago de asignación una vez por año, durante los meses de enero, febrero, marzo, venciendo el plazo para la renovación el 12 de marzo de cada año, y debiendo volver a presentar toda la documentación que se le requiera, según corresponda y por el medio que la Caja disponga sin excepción. Vencido ese plazo se procederá a dar de baja el pago de las asignaciones familiares.

IMPORTANTE

Cuando se produzca una modificación que afecta el pago de asignaciones, según la información solicitada en estos requisitos, debe declarar dicha situación en el momento que ocurra, sin esperar al 12 de marzo del año siguiente.

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

AF.N°_______ /___

<u>Confección del formulario de aceptación o desistimiento de la Póliza 12.210</u>

Sólo será confeccionado al momento de la solicitud de cualquiera de los beneficios previsionales siempre y cuando se cumplan las siguientes condiciones:

- **<u>Para Trámite de Jubilación</u>:**

Que usted al momento de cesar siendo empleado/a del Banco Provincia de Buenos Aires, sea para acogerse al beneficio previsional de la Caja de Jubilaciones , Subsidios y Pensiones del Personal del Banco de la Provincia de Buenos Aires y en dicha circunstancia contará con la cobertura del seguro de vida colectivo optativo.

- **<u>Para Trámite de Pensión:</u>**

Si al momento del fallecimiento el cónyuge era jubilado/a de la Caja de Jubilaciones, Subsidios y Pensiones del Personal del Banco de la Provincia de Buenos Aires y en dicha circunstancia contara con Seguro de Vida colectivo Optativo tanto el jubilado como su cónyuge.

[illegible]

- [illegible]

- [illegible]

- [illegible]

- [illegible]

SEGURO DE VIDA COLECTIVO - CONTINUACIÓN PÓLIZA 12.210

Provincia Seguros

SEGURO DE VIDA COLECTIVO OPTATIVO PARA JUBILADOS DE LA CAJA DE JUBILACIONES, SUBSIDIOS Y PENSIONES DEL BANCO DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES.

☐ **PARA TRÁMITE DE JUBILACIÓN: Si usted al momento de renunciar siendo empleado del Banco de la Provincia de Buenos Aires para acogerse a los beneficios jubilatorios de la Caja de Jubilaciones Subsidios y Pensiones del Personal del Banco de la Provincia de Buenos Aires y en dicha circunstancia contará con cobertura del Seguro de Vida Colectivo deberá dejar constancia en el presente formulario de su decisión de continuar o no con el mismo.**

☐ **PARA TRÁMITE DE PENSIÓN: Si usted a consecuencia del fallecimiento de su esposo/a quien era jubilado/a de la Caja de Jubilaciones, Subsidios y Pensiones del Personal del Banco de la Provincia de Buenos Aires y en dicha circunstancia contara con el Seguro de Vida Colectivo Optativo para el mencionado Jubilado/a y su cónyuge, deberá hacer constar en el presente formulario su decisión de continuar o no con el respectivo Seguro de Cónyuge.**

DATOS DEL TITULAR

Nº AFILIADO | TIPO Y NÚM. DOCUMENTO | Nº CUIL | CONDICIÓN IVA

APELLIDO Y NOMBRES | CALLE | NÚM. | PISO | DTO.

LOCALIDAD | C. POSTAL | PROVINCIA | NACIONALIDAD

TELÉFONO | CELULAR | E-MAIL | LUGAR DE NACIMIENTO

SEXO | F. NACIMIENTO | ESTADO CIVIL | IIBB | PEP | SUJ. OBLIGADO

ACEPTACIÓN DEL SEGURO

Acepto la prosecución del descuento de la prima correspondiente a la Póliza 12.210 del Seguro Colectivo de Vida Optativo para Jubilados y Pensionados de la Caja de Jubilaciones del Banco de la Provincia de Buenos Aires. Autorizo descontar a Provincia Seguros S.A. el cobro de la prima a través de la Caja de Jubilaciones, Subsidios y Pensiones del Personal del Banco de la Provincia de Buenos Aires, a través del débito directo de mis haberes previsionales.

INSTITUCIÓN DE BENEFICIARIOS

APELLIDO Y NOMBRES	PARENTESCO	F. NACIMIENTO	T. DOC.	NÚM. DOC.	%

No deseo que la indemnización correspondiente al/a los menores sea abonada a quienes ejerzan la patria potestad, por lo tanto en ese caso instituyo como beneficiario a: .....

Cuando el contratante no designe beneficiario o por cualquier causa la designación se haga ineficaz o quede sin efecto, se entiende que designó a los herederos (Art. 145 Ley de Seguros 17418).

LUGAR Y FECHA: .....

..... FIRMA DEL SOLICITANTE

..... CERTIFICACIÓN DEL CONTRATANTE

DESESTIMIENTO DEL SEGURO

No acepto la prosecución del descuento de la prima correspondiente a la Póliza 12.210 del Seguro Colectivo de Vida Optativo para Jubilados y Pensionados de la Caja de Jubilaciones del Banco de la Provincia de Buenos Aires.

LUGAR Y FECHA: .....

BORRAR IMPRIMIR

..... FIRMA DEL SOLICITANTE

..... CERTIFICACIÓN DEL CONTRATANTE

FR-SEM-118-02

SEGURO DE VIDA COLECTIVO - CONTINUACIÓN PÓLIZA 12.210

Provincia Seguros

SEGURO DE VIDA COLECTIVO OPTATIVO PARA JUBILADOS DE LA CAJA DE JUBILACIONES, SUBSIDIOS Y PENSIONES DEL BANCO DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES.

☐ **PARA TRÁMITE DE JUBILACIÓN: Si usted al momento de renunciar siendo empleado del Banco de la Provincia de Buenos Aires para acogerse a los beneficios jubilatorios de la Caja de Jubilaciones Subsidios y Pensiones del Personal del Banco de la Provincia de Buenos Aires y en dicha circunstancia contará con cobertura del Seguro de Vida Colectivo deberá dejar constancia en el presente formulario de su decisión de continuar o no con el mismo.**

☐ **PARA TRÁMITE DE PENSIÓN: Si usted a consecuencia del fallecimiento de su esposo/a quien era jubilado/a de la Caja de Jubilaciones, Subsidios y Pensiones del Personal del Banco de la Provincia de Buenos Aires y en dicha circunstancia contara con el Seguro de Vida Colectivo Optativo para el mencionado Jubilado/a y su cónyuge, deberá hacer constar en el presente formulario su decisión de continuar o no con el respectivo Seguro de Cónyuge.**

DATOS DEL TITULAR

Nº AFILIADO | TIPO Y NÚM. DOCUMENTO | Nº CUIL | CONDICIÓN IVA

APELLIDO Y NOMBRES | CALLE | NÚM. | PISO | DTO.

LOCALIDAD | C. POSTAL | PROVINCIA | NACIONALIDAD

TELÉFONO | CELULAR | E-MAIL | LUGAR DE NACIMIENTO

SEXO | F. NACIMIENTO | ESTADO CIVIL | IIBB | PEP | SUJ. OBLIGADO

ACEPTACIÓN DEL SEGURO

Acepto la prosecución del descuento de la prima correspondiente a la Póliza 12.210 del Seguro Colectivo de Vida Optativo para Jubilados y Pensionados de la Caja de Jubilaciones del Banco de la Provincia de Buenos Aires. Autorizo descontar a Provincia Seguros S.A. el cobro de la prima a través de la Caja de Jubilaciones, Subsidios y Pensiones del Personal del Banco de la Provincia de Buenos Aires, a través del débito directo de mis haberes previsionales.

INSTITUCIÓN DE BENEFICIARIOS

APELLIDO Y NOMBRES	PARENTESCO	F. NACIMIENTO	T. DOC.	NÚM. DOC.	%

No deseo que la indemnización correspondiente al/a los menores sea abonada a quienes ejerzan la patria potestad, por lo tanto en ese caso instituyo como beneficiario a: .....

Cuando el contratante no designe beneficiario o por cualquier causa la designación se haga ineficaz o quede sin efecto, se entiende que designó a los herederos (Art. 145 Ley de Seguros 17418).

LUGAR Y FECHA: .....

..... FIRMA DEL SOLICITANTE

..... CERTIFICACIÓN DEL CONTRATANTE

DESESTIMIENTO DEL SEGURO

No acepto la prosecución del descuento de la prima correspondiente a la Póliza 12.210 del Seguro Colectivo de Vida Optativo para Jubilados y Pensionados de la Caja de Jubilaciones del Banco de la Provincia de Buenos Aires.

LUGAR Y FECHA: .....

BORRAR IMPRIMIR

..... FIRMA DEL SOLICITANTE

..... CERTIFICACIÓN DEL CONTRATANTE

FR-SEM-118-02

SEGURO DE VIDA COLECTIVO - CONTINUACIÓN PÓLIZA 12.210

Provincia Seguros

SEGURO DE VIDA COLECTIVO OPTATIVO PARA JUBILADOS DE LA CAJA DE JUBILACIONES, SUBSIDIOS Y PENSIONES DEL BANCO DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES.

☐ **PARA TRÁMITE DE JUBILACIÓN: Si usted al momento de renunciar siendo empleado del Banco de la Provincia de Buenos Aires para acogerse a los beneficios jubilatorios de la Caja de Jubilaciones Subsidios y Pensiones del Personal del Banco de la Provincia de Buenos Aires y en dicha circunstancia contará con cobertura del Seguro de Vida Colectivo deberá dejar constancia en el presente formulario de su decisión de continuar o no con el mismo.**

☐ **PARA TRÁMITE DE PENSIÓN: Si usted a consecuencia del fallecimiento de su esposo/a quien era jubilado/a de la Caja de Jubilaciones, Subsidios y Pensiones del Personal del Banco de la Provincia de Buenos Aires y en dicha circunstancia contara con el Seguro de Vida Colectivo Optativo para el mencionado Jubilado/a y su cónyuge, deberá hacer constar en el presente formulario su decisión de continuar o no con el respectivo Seguro de Cónyuge.**

DATOS DEL TITULAR

Nº AFILIADO | TIPO Y NÚM. DOCUMENTO | Nº CUIL | CONDICIÓN IVA

APELLIDO Y NOMBRES | CALLE | NÚM. | PISO | DTO.

LOCALIDAD | C. POSTAL | PROVINCIA | NACIONALIDAD

TELÉFONO | CELULAR | E-MAIL | LUGAR DE NACIMIENTO

SEXO | F. NACIMIENTO | ESTADO CIVIL | IIBB | PEP | SUJ. OBLIGADO

ACEPTACIÓN DEL SEGURO

Acepto la prosecución del descuento de la prima correspondiente a la Póliza 12.210 del Seguro Colectivo de Vida Optativo para Jubilados y Pensionados de la Caja de Jubilaciones del Banco de la Provincia de Buenos Aires. Autorizo descontar a Provincia Seguros S.A. el cobro de la prima a través de la Caja de Jubilaciones, Subsidios y Pensiones del Personal del Banco de la Provincia de Buenos Aires, a través del débito directo de mis haberes previsionales.

INSTITUCIÓN DE BENEFICIARIOS

APELLIDO Y NOMBRES	PARENTESCO	F. NACIMIENTO	T. DOC.	NÚM. DOC.	%

No deseo que la indemnización correspondiente al/a los menores sea abonada a quienes ejerzan la patria potestad, por lo tanto en ese caso instituyo como beneficiario a: .....

Cuando el contratante no designe beneficiario o por cualquier causa la designación se haga ineficaz o quede sin efecto, se entiende que designó a los herederos (Art. 145 Ley de Seguros 17418).

LUGAR Y FECHA: .....

..... FIRMA DEL SOLICITANTE

..... CERTIFICACIÓN DEL CONTRATANTE

DESESTIMIENTO DEL SEGURO

No acepto la prosecución del descuento de la prima correspondiente a la Póliza 12.210 del Seguro Colectivo de Vida Optativo para Jubilados y Pensionados de la Caja de Jubilaciones del Banco de la Provincia de Buenos Aires.

LUGAR Y FECHA: .....

BORRAR IMPRIMIR

..... FIRMA DEL SOLICITANTE

..... CERTIFICACIÓN DEL CONTRATANTE

FR-SEM-118-02