



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

SOLICITUD DE JUBILACIÓN POR INVALIDEZ

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 o Hijos)

APELLIDO (S) Y NOMBRE (S)	PARENTESCO	FECHA DE NAC.	¿DEPENDEN 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

FIRMA



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 por Invalidez 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 13 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) Incapaces: "A nombre del insano orden del/de la curador/a".

d) 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. Fotocopias de Certificados médicos (Historia clínica, estudios médicos actuales y/o desde el inicio de la patología).

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. Certificado de Discapacidad emitido por Entidad pública de Salud.

9. En caso de corresponder presentar trámite de curatela.

10. Fotocopia de Certificado de discapacidad de hijos a cargo emitido por Entidad pública de Salud.

11. Certificados de Alumno regular en edad escolar, menores de 18 años, por original.

12. 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 N° de Doc. de Identidad



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

AF.N°

/

DECLARACION JURADA DE INCAPACIDAD

DATOS PERSONALES

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

1- ¿Considera que se encuentra incapacitado para el desempeño de sus tareas? **SI** **NO** (*)

2- Su incapacidad se debe a enfermedad o accidente (*)

3- Fecha de comienzo de la enfermedad o del accidente ____/____/____

4- Descripción de la enfermedad o lesiones que padece.-

5- Indicar nombres y direcciones de los médicos que lo atendieron desde el comienzo de su incapacidad.-

6- ¿Ha estado internado por su incapacidad? **SI** **NO** (*)

7- En caso afirmativo, indicar nombre y dirección del establecimiento y fecha/s de internación.-

8- ¿Ha realizado tratamientos médicos y/o intervenciones quirúrgicas en relación a su incapacidad?.-

En caso afirmativo indicar los resultados obtenidos.-

9- Detalle de constancias y elementos diagnósticos que posea (análisis, radiografías, prescripciones médicas, etc.), los que deberá presentar a la junta médica.-

10- Cualquier otro dato aclaratorio sobre su incapacidad.-

Firma

Aclaración de Firma

Tipo y Nº de Doc. de Identidad

(*) Marcar lo que corresponda.-



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



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. 38° de la Ley N° 15.008.-

Firma

Aclaracion de la firma

Tipo y N° 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 N° 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.



AF.N° _____/____

- DECLARACIÓN JURADA ART. 40° -

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

Asimismo **me comprometo** a denunciar ante La Caja de Jubilaciones 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 N° de Doc. de Identidad



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 N° 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 N° de Doc. de Identidad

Art. 29° - 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. 38°: No se acumularán en una misma persona dos o más prestaciones, con excepción de los hijos, quienes podrán percibir hasta dos pensiones.



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 deven-
gado 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 jubila-
ciones y las derivadas del desempeño de cargos públicos o del trabajo personal ejecutado en rel-
ación de dependencia que como consecuencia de modificaciones retroactivas de convenios colecti-
vos 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 deven-
gadas en ejercicios anteriores, podrán ser imputadas por sus beneficiarios a los ejercicios fiscales a que corres-
pondan. 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 N° de Doc. de Identidad



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

AFILIADO N° /

SOLICITUD DE ASIGNACIONES FAMILIARES

DECRETO N° 1516/04

ASIGNACIÓN SOLICITADA

Marcar con una **X** e indicar cantidad de asignaciones solicitadas, según corresponda y completar **ANEXO 1** (Solicitud de Cónyuge - Hoja N° 4) y/o **ANEXO 2** (Solicitud Hijo/Ayuda Escolar - Hoja N° 5/6),

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

☐ Hijo con Capacidad - cantidad ____
Restringida

DATOS DEL SOLICITANTE

Apellidos y Nombres									
CUIL					Fecha de Nacimiento				
Documento					Doc. Extr.				
Número de Documento									
Correo Electronico									
Teléfono Celular					Teléfono 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.

AFILIADO N° /

DECLARACIÓN JURADA COMPLEMENTARIA DE INGRESO DEL GRUPO FAMILIAR

Esta hoja es de presentación obligatoria, en caso que no haya información para suministrar 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.



AFILIADO N° _____ /

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



AFILIADO N° _____ /

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.

AFILIADO N° /

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

[illegible]

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.



AFILIADO N° _____ / _____

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.

REQUISITOS DE INICIACIÓN DE TRÁMITES

ASIGNACIONES FAMILIARES SEGÚN EL DECRETO N° 1516/04

Quiénes 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 Discapacidades

- No debe estar casado.
- Debe acreditar su condición de discapacidad.
- 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 página 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 N° 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 Reempadronamiento

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 (ante juez de familia) expedida por autoridad judicial (en caso de corresponder), original y fotocopia debidamente intervenida.

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

- 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 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. 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.



Confección del formulario de aceptación o desistimiento de la Póliza 12.210

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

•Para Trámite de Jubilación:

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.

•Para Trámite de Pensión:

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.

/ÜÑÓÓÜÑ\$σ \$ΣP {Σ°ÏοÜ

wÑΣσ°Üσ /ÏÖÑΣουÜσ aÏΣου\$ \$bÖÏσÑΦ†ΨΣÚ\$ P†σ †Üο†σ PÜσ Σ†σ

/†μÑ†P†σΣ°Ïο†ΣÜ hÖ†Ü .ΣÑΣÜÖÑÜσ [†σ μΣοσÜΩ†σ ξÏ\$†P ΨÜΨΣÜÜ \$Σ
úο†ΨÜ†σ σÏ WÏÖÑP†ÖÑβÜ Ü tΣΩσβΩ σ\$ ΣΩÖÏΣΩúο\$Ω ΣΩÖÏ†Σο†ΣÜσ ÖÜΨÜ†σΣ°Ïο†öP\$σ b†
σÜPÖÖÜ\$Ω P† ÖÜÜΩÑÏ†Σ†Σ \$Ω ΣP σΣ°ÏοÜ Ü †ξÏ\$PÜσ ξÏ\$ Σσú†ΩΣÜ†σΣ°Ïο†ΣÜσ ÖÏΨμP†Ω
P† \$Σ†Σ \$Σ †άÜσ σ\$ ο\$ΣÏÖÑοñ ΣP Ö†μÑ†P † ÖÏ†úοÜ ö\$ÑΣÜÖÑÜσ μαο††Ψö†σ
σúÏ†ÖÜÑ\$σ

/ÜσÜ a \$ΩσÏ†P

ΨΣΩÏ†P μÜο Ö†d†

\$Σ Ö†μÑ†P†σΣ°Ïο†ΣÜ

[†ΨÜ\$ \$Σ μΣοΨ†ΩΣÖÖ† 9P P†ΨÜ\$ \$Σ μΣοΨ†ΩΣÖÖ† \$Ω ΣP σΣ°ÏοÜ σ\$οñ \$Σ
†άÜσ \$Σ \$Σ†Σ ÖÖÏσÑΦ\$†P ΨÜΨΣÜÜ \$Σ ÖÏΨμPÜο PÜσ †άÜσ ξÏ\$†
†ÏÜΨñÜÖ†ΨΣÚ\$ σΩ ÖÜöΣουÏο† \$Σ οÑΣσ°Ü

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:

FIRMA DEL SOLICITANTE

CERTIFICACIÓN DEL CONTRATANTE

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:

FIRMA DEL SOLICITANTE

CERTIFICACIÓN DEL CONTRATANTE

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:

FIRMA DEL SOLICITANTE

CERTIFICACIÓN DEL CONTRATANTE