



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

SOLICITUD DE PENSIÓN

AFILIADO/A N° _____/____

DATOS DEL/DE LA CAUSANTE

APELLIDO (S) Y NOMBRE (S)	FECHA DE FALLEC.

DATOS DEL/DE LA SOLICITANTE

Cónyuge, Conviviente, Hijos menores de 18 años de edad o Hijos incapacitados sin límite de edad.

(*) PARENTESCO:

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:				

¿TIENE OTRO EMPLEO O BENEFICIO?	SI	NO	ESPECIFICAR:
¿COMPUTARÁ SERVICIOS DE OTRAS CAJAS?	SI	NO	ENTIDAD:
En caso que el causante hubiera aportado a otra Entidad.			

(*) ART. 29° DE LA LEY N° 15.008

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. b) Los hijos solteros del causante en las condiciones del inciso a).

ART. 31: El haber de las pensiones que se acuerden por aplicación del artículo anterior, se devengará a partir de la fecha de la respectiva solicitud.

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 PENSIÓN SE NOTIFICA DE LO SIGUIENTE:

A la presentación del formulario de Pensión será requisito ineludible para la iniciación del trámite la presentación de la documentación detallada en los puntos de 1 a 12.

Respecto de la documentación detallada en los puntos 13 a 16 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 Certificado de Defunción.
2. Fotocopia del documento de identidad anverso y reverso.
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. Formulario "Cuenta Bancaria", certificado por autoridad competente del Banco de la Provincia de Bs. As., donde se encuentra radica da 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) **En concurrencia con los hijos menores:**
"A nombre del/de la solicitante y de los hijos menores orden del/de la solicitante".
 - c) **Menores:** "A nombre del/de los menor/es orden del/de la tutor/a".
 - d) **Incapaces:** "A nombre del insano orden del/de la curador/a".
 - e) **Apoderado(s):** Con mandato reconocido por la Caja:
"A NOMBRE DEL/DE LA SOLICITANTE orden del/de la solicitante y su (s) apoderado (s)".
5. 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.
6. Fotocopia de la partida de nacimiento de los hijos menores de 18 años o hijos incapacitados.
7. Trámite de Curatela en caso de tener hijos incapacitados.
8. En caso de corresponder presentar trámite de Tutela.
9. Si el causante se encontrare en actividad al momento de producirse el fallecimiento, corresponderá presentar copia certificada de la Declaratoria de Herederos en el sector de Gestión de las Personas perteneciente a la Gerencia de Recursos Humanos del Banco de la Provincia de Buenos Aires.
10. Fotocopia del documento de identidad de los hijos menores de 18 años o hijos incapacitados.
11. En caso de estar trabajando bajo relación de dependencia deberá presentar el formulario 649.
12. Fotocopia de Certificado de discapacidad de hijos a cargo, emitido por Entidad pública de Salud.
13. Fotocopias certificadas de historia clínica en caso de tener hijo/s incapacitado/s.
14. Certificados de Alumno regular en edad escolar, menores de 18 años, por original.
15. Formulario 572 de Impuesto a las Ganancias. **Solo podrá ser presentado vía web, a través de la página de la AFIP.**
16. Declaro bajo juramento de ley, no haber realizado extracciones de dinero de la cuenta de haberes previsionales del causante con fecha posterior al fallecimiento. En caso de haberlo realizado o de registrar el causante deudas en concepto de aportes a cargo del beneficiario, **ACEPTO QUE LA CAJA DE JUBILACIONES DESCUENTE los importes de cualquier suma de dinero que tenga que percibir de la misma.**

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



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.-



AF.N° _____/____

- DECLARACIÓN JURADA ART. 37° -

A los efectos de lo dispuesto en el art. 37° - inc. b) de la Ley N° 15.008, **DECLARO BAJO JURAMENTO** no hallarme **DIVORCIADO/A** ni **SEPARADO/A DE HECHO** del/ de la causante:
Señor/a:

Asimismo, **declaro** que todos los datos consignados son correctos y que no existen otras personas con derecho a pensión. (*)

Observaciones:

Art. 37° - inc. b): El derecho a pensión se perderá o se extinguirá:

Cuando el cónyuge se halle divorciado o separado de hecho del causante, a la fecha de la muerte o fallecimiento presunto declarado judicialmente, siempre que haya sido culpable de la separación personal o divorcio y/o no exista reserva alimentaria a su favor;

(*) En caso afirmativo, indicar en las Observaciones: los otros derechohabientes y la percepción de cuota alimentaria.

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. 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. 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 solicitud 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): 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.

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



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



AF.N° _____/____

**- AUTORIZACIÓN A LA CAJA DE JUBILACIONES, SUBSIDIOS Y PENSIONES DEL PERSONAL
DEL BANCO DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES -**

Por medio de la presente autorizo a la Caja de Jubilaciones, Subsidios y Pensiones del Personal del Banco de la Provincia de Buenos Aires, a descontar el resultado negativo de los haberes pendientes contra el importe que tuviera a cobrar por gastos de Sepelio y/o Subsidio por fallecimiento.

Firma

Aclaración de Firma

Tipo y Nº de Doc. de Identidad

AF.N° _____ / ____

- AUTORIZACIÓN A LA CAJA DE JUBILACIONES, SUBSIDIOS Y PENSIONES DEL PERSONAL DEL BANCO DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES -

Por medio de la presente autorizo a la Caja de Jubilaciones, Subsidios y Pensiones del Personal del Banco de la Provincia de Buenos Aires, a descontar el resultado negativo de los haberes pendientes contra el importe que tuviera a cobrar por gastos de Sepelio y/o Subsidio por fallecimiento.

Firma

Aclaración de Firma

Tipo y N° de Doc. de Identidad

AF.N° _____ / _

- AUTORIZACIÓN A LA CAJA DE JUBILACIONES, SUBSIDIOS Y PENSIONES DEL PERSONAL DEL BANCO DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES -

Por medio de la presente autorizo a la Caja de Jubilaciones, Subsidios y Pensiones del Personal del Banco de la Provincia de Buenos Aires, a descontar el resultado negativo de los haberes pendientes contra el importe que tuviera a cobrar por gastos de Sepelio y/o Subsidio por fallecimiento.

Firma

Aclaración de Firma

Tipo y N° 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

<input type="checkbox"/> Documento	<input type="checkbox"/> 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.



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

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

Capacidad Restringida 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

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 Capacidades Restringidas

- No debe estar casado.
- Debe acreditar su condición de capacidad restringida.
- 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:

- Acta 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 capacidades restringidas (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 Reempadronamiento:

Requisitos del titular:

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

Para asignación por cónyuge:

- Acta 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 capacidades restringidas (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 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. 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.

_____ o
k # U
\ " O
K h
a
U d
O -

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 contará 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 contará 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 contará 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:**Quando 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