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

SOLICITUD DE PENSIÓN HIJO CON DISCAPACIDAD

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 18 años de edad o Hijos con discapacidad 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.					

Cursa Estudios	***Pre.Esc.***	***Primario***	***Medio***	***Superior***

(*) 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).

TODOS LOS DATOS CONSIGNADOS EN ESTE FORMULARIO REVISTEN CARÁCTER DE DECLARACIÓN JURADA

_____

FIRMA

CJP | 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. Acta de matrimonio legalizado, por original.

3. Fotocopia del documento de identidad anverso y reverso.

4. 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.

5. 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) 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)".

6. 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.

7. Fotocopia de la partida de nacimiento de los hijos menores de 18 años o hijos con discapacidad.

8. Trámite de Curatela en caso de corresponder.

9. En caso de corresponder presentar trámite de Tutela.

10. 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.

11. Fotocopia del documento de identidad de los hijos menores de 18 años o hijos con discapacidad.

12. En caso de estar trabajando bajo relación de dependencia deberá presentar el formulario 649.

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

14. Fotocopias certificadas de historia clínica en caso de tener hijo/s con discapacidad.

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

16. 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.

DECLARACION JURADA DE INCAPACIDAD

AFILIADO/A N°_____/___

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

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.-

CJP | 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 interpelación 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.-

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°_____/___

- <u>DECLARACIÓN JURADA ART. 38°</u> -

DECLARO no percibir ninguna otra prestación de la misma naturaleza además de la solicitada en esta Caja, con forme 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. 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): 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.

ORIGINAL

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***

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

DUPLICADO

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***

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

TRIPLICADO

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***

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

SOLICITUD - SUBSIDIO POR FALLECIMIENTO

El/la que suscribe Sr./Sra. _____,
con documento de identidad _____N° _____ domiciliado/a en _____
_____, localidad _____ (Cód. Postal _____),
teléfono _____, tiene el agrado de dirigirse a Ud. a efecto de solicitarle, me abone el subsidio por el fallecimiento de mi _____, Sr./Sra. _____,
Afiliado/a N° _____ , fallecido el día ____/____/____, quien fuera beneficiario/a de esa Institución,
dejando los siguientes derecho-habientes:

1°) CÓNYUGE SUPÉRSTITE: Sr./Sra. _____

(Aclarar si se encuentra divorciado/a o separado/a de hecho sin voluntad de unirse)

APELLIDO (S) Y NOMBRE (S)	DOMICILIO	TELEFONO/S
HIJOS del/de la Causante		
PADRES del/de la Causante		

Asimismo, expresa no conocer otros herederos o beneficiarios con derecho a la percepción de dicho subsidio.-

TODOS LOS DATOS CONSIGNADOS EN ESTE FORMULARIO REVISTEN CARÁCTER DE DECLARACIÓN JURADA

_____ _____

DOC. DE IDENTIDAD ***FIRMA DEL/DE LA SOLICITANTE***

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

ORIGINAL

ANEXO - SUBSIDIO POR FALLECIMIENTO

DECLARO que me obligo a restituir dicho importe que perciba en concepto de Subsidio por fallecimiento, al primer requerimiento que me formule esa Caja de Jubilaciones, de modo fehaciente, sin que sea necesario interpelación judicial alguna (Art. 173°, inc. 2, del Código Penal), obligándome como primer pagador por la suma recibida con más sus intereses y a indemnizar los daños, perjuicios y gastos que pudieran resultar por los reclamos judiciales o extrajudiciales que entablaren personas con igual o mejor derecho que el/la suscripto/a a la percepción de dicha suma, o en el caso de otro reclamo de cualquier naturaleza, por haber sido entregado a mi pedido sin orden judicial y en la condición de depositario.-

APELLIDO Y NOMBRE (S) DEL AFILIADO/A FALLECIDO/A				**N° DE AFILIADO**
				/
APELLIDO Y NOMBRE (S) DEL/DE LA SOLICITANTE				**N° DNI**
DOMICILIO				
CALLE:	Nº:	PISO:	DPTO.:	C.P:
PROVINCIA:	LOCALIDAD:	BARRIO:		
TELÉFONOS				
CÓDIGO DE ÁREA:	PARTICULAR:	OTRO/CEL:		
E-MAIL:				

FORMA Y LUGAR DE PAGO Usted tendrá las siguientes opciones

TRANSFERENCIA

☐ **Cuenta propia del Banco Provincia:** (recuerde llenar los 22 dígitos).

Nro. CBU | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

☐ **Cuenta propia otros Bancos:** (recuerde llenar los 22 dígitos).

Banco: _____

Nro. CBU | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

☐ **Cuenta de terceros:** (recuerde que son 22 dígitos).

Banco: _____

Nro. CBU | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Titular de la cuenta: _____

_____ *FIRMA DEL/DE LA SOLICITANTE*

_____ *CERTIFICACIÓN DE FIRMA (*)*

(*) Certificada ante esta Caja, Funcionario del B.P.B.A., Escribano Público o Juez de Paz.

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

DUPLICADO

ANEXO - SUBSIDIO POR FALLECIMIENTO

DECLARO que me obligo a restituir dicho importe que perciba en concepto de Subsidio por fallecimiento, al primer requerimiento que me formule esa Caja de Jubilaciones, de modo fehaciente, sin que sea necesario interpelación judicial alguna (Art. 173°, inc. 2, del Código Penal), obligándome como primer pagador por la suma recibida con más sus intereses y a indemnizar los daños, perjuicios y gastos que pudieran resultar por los reclamos judiciales o extrajudiciales que entablaren personas con igual o mejor derecho que el/la suscripto/a a la percepción de dicha suma, o en el caso de otro reclamo de cualquier naturaleza, por haber sido entregado a mi pedido sin orden judicial y en la condición de depositario.-

APELLIDO Y NOMBRE (S) DEL AFILIADO/A FALLECIDO/A				**N° DE AFILIADO**
				/
APELLIDO Y NOMBRE (S) DEL/DE LA SOLICITANTE				**N° DNI**
DOMICILIO				
CALLE:	Nº:	PISO:	DPTO.:	C.P:
PROVINCIA:	LOCALIDAD:	BARRIO:		
TELÉFONOS				
CÓDIGO DE ÁREA:	PARTICULAR:	OTRO/CEL:		
E-MAIL:				

FORMA Y LUGAR DE PAGO Usted tendrá las siguientes opciones

TRANSFERENCIA

☐ **Cuenta propia del Banco Provincia:** (recuerde llenar los 22 dígitos).

Nro. CBU | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

☐ **Cuenta propia otros Bancos:** (recuerde llenar los 22 dígitos).

Banco: _____

Nro. CBU | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

☐ **Cuenta de terceros:** (recuerde que son 22 dígitos).

Banco: _____

Nro. CBU | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Titular de la cuenta: _____

_____ _____

FIRMA DEL/DE LA SOLICITANTE ***CERTIFICACIÓN DE FIRMA (*)***

(*) Certificada ante esta Caja, Funcionario del B.P.B.A., Escribano Público o Juez de Paz.

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

TRIPLICADO (Para Tesorería)

ANEXO - SUBSIDIO POR FALLECIMIENTO

DECLARO que me obligo a restituir dicho importe que perciba en concepto de Subsidio por fallecimiento, al primer requerimiento que me formule esa Caja de Jubilaciones, de modo fehaciente, sin que sea necesario interpelación judicial alguna (Art. 173°, inc. 2, del Código Penal), obligándome como primer pagador por la suma recibida con más sus intereses y a indemnizar los daños, perjuicios y gastos que pudieran resultar por los reclamos judiciales o extrajudiciales que entablaren personas con igual o mejor derecho que el/la suscripto/a a la percepción de dicha suma, o en el caso de otro reclamo de cualquier naturaleza, por haber sido entregado a mi pedido sin orden judicial y en la condición de depositario.-

APELLIDO Y NOMBRE (S) DEL AFILIADO/A FALLECIDO/A				**N° DE AFILIADO**
				/
APELLIDO Y NOMBRE (S) DEL/DE LA SOLICITANTE				**N° DNI**
DOMICILIO				
CALLE:	Nº:	PISO:	DPTO.:	C.P:
PROVINCIA:	LOCALIDAD:	BARRIO:		
TELÉFONOS				
CÓDIGO DE ÁREA:	PARTICULAR:	OTRO/CEL:		
E-MAIL:				

FORMA Y LUGAR DE PAGO Usted tendrá las siguientes opciones

TRANSFERENCIA

Cuenta propia del Banco Provincia: (recuerde llenar los 22 dígitos).

Nro. CBU | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Cuenta propia otros Bancos: (recuerde llenar los 22 dígitos).

Banco: _____

Nro. CBU | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Cuenta de terceros: (recuerde que son 22 dígitos).

Banco: _____

Nro. CBU | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Titular de la cuenta: _____

_____ _____

FIRMA DEL/DE LA SOLICITANTE ***CERTIFICACIÓN DE FIRMA (*)***

(*) Certificada ante esta Caja, Funcionario del B.P.B.A., Escribano Público o Juez de Paz.