

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



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



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 subsi-
dio 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		

DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR

En todos los casos copia del Acta de defunción del causante.

Si es el cónyuge el solicitante:

Acta de matrimonio certificada con posterioridad al fallecimiento.

Si es un hijo el que solicita:

Acta de defunción del otro cónyuge por el cual se solicita el subsidio.

Acta de nacimiento del solicitante.

Si son los padres quienes lo necesitan:

Acta de nacimiento del hijo.

Copia del DNI.

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



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:			N°:	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

Nro. de Cuenta:

Marque con una X según corresponda :

Caja de Ahorros

Cuenta Corriente

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.



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:			N°:	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

Nro. de Cuenta:

Marque con una X según corresponda :

Caja de Ahorros

Cuenta Corriente

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.



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:			N°:	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

<input type="checkbox"/>	Cuenta propia del Banco Provincia: (recuerde llenar los 22 dígitos).
Nro. CBU	<input type="text"/>
Nro. de Cuenta:	<input type="text"/>
	Marque con una X según corresponda :
	<input type="checkbox"/> Caja de Ahorros
	<input type="checkbox"/> Cuenta Corriente
<input type="checkbox"/>	Cuenta propia otros Bancos: (recuerde llenar los 22 dígitos).
Banco:	_____
Nro. CBU	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	Cuenta de terceros: (recuerde que son 22 dígitos).
Banco:	_____
Nro. CBU	<input type="text"/>
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.