

**Solicitud
de Pensión
(Hijo Incapacitado)**
Hoja N° 1



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

N° DE AFILIADO/A:
Lugar y Fecha:

DATOS DEL FALLECIDO/A

Nombre y Apellido:

Fecha de Fallecimiento:

DATOS DEL SOLICITANTE

Nombre y Apellido:

Fecha de Nacimiento:

Documento de Identidad:

CUIL:

Vínculo con el fallecido/a:

| | | | |
|-----------------------|---------------|----------|------------|
| Nivel de Instrucción: | PRIMARIO | COMPLETO | INCOMPLETO |
| | SECUNDARIO | COMPLETO | INCOMPLETO |
| | TERCIARIO | COMPLETO | INCOMPLETO |
| | UNIVERSITARIO | COMPLETO | INCOMPLETO |

DOMICILIO COMPLETO

Calle: N°: Piso: Depto: CP:

Provincia:

Localidad:

DATOS DE CONTACTO

Particular:

Celular:

Familiar:

Correo Electrónico:

Firma

Aclaración

.....
Tipo y N° de documento

**Solicitud
de Pensión
(Hijo Incapacitado)**
Hoja N° 2



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

N° DE AFILIADO/A:

DOCUMENTACIÓN QUE DEBERÁ ADJUNTAR A LA SOLICITUD DE PENSIÓN

1. Fotocopia del Certificado de Defunción.
2. Fotocopia del documento de identidad frente y dorso.
3. Fotocopia de la partida de nacimiento.
4. En caso de corresponder presentar trámite de Tutela /Curatela/persona o grupo de apoyo.
5. Constancia de CUIL. La misma se obtiene a través de la página web de Anses.
6. Fotocopia de Certificado de discapacidad.
7. Formularios de historia clínica (que se entregan al iniciar el trámite), completarlos por médico/s tratantes.

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/la 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.

SUPERVIVENCIA

El beneficiario/a deberá acreditar su supervivencia en las fechas y por los canales que establezca esta Institución, de no hacerlo así, los haberes previsionales serán retenidos.
(Consultar: www.jubilacionbapro.com.ar)

FORMULARIO 572 WEB

Se informa que en virtud de tramitar el beneficio previsional el/la afiliado/a deberá confeccionar el formulario 572 Web a través del servicio con clave fiscal de la ARCA "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

Tipo y N° de documento

**Solicitud
de Pensión
(Hijo Incapacitado)**

Hoja N° 3



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

N° DE AFILIADO/A:

DECLARACIÓN JURADA DE INCAPACIDAD

DATOS PERSONALES

Nombre y Apellido:

Edad:

Tipo y N° Documento:

Estado Civil:

C.U.I.L.:

1- ¿CONSIDERA QUE SE ENCUENTRA INCAPACITADO PARA EL DESEMPEÑO DE SUS TAREAS?.

SI NO

2- SU INCAPACIDAD SE DEBE A ENFERMEDAD O ACCIDENTE.

ENFERMEDAD 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.

**Solicitud
de Pensión
(Hijo Incapacitado)**
Hoja N° 4



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

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

.....
Tipo y N° de documento

**Solicitud
de Pensión
(Hijo Incapacitado)**
Hoja N° 5



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

N° DE AFILIADO/A:

DECLARACIÓN JURADA ART. 41° (LEY 15.514)

DECLARO BAJO JURAMENTO SI NO percibir otra pensión además de la solici-
citada en esta Caja.

En caso de resultar afirmativa su respuesta, indique la Caja otorgante del beneficio:

Caja otorgante:

Causante:

Declaro que todos los datos consignados son correctos y que no existen otras personas con
derecho a pensión.

Firma

Aclaración

.....

Tipo y N° de documento

**Solicitud
de Pensión
(Hijo Incapacitado)**
Hoja N° 6



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

N° DE AFILIADO/A:

REF. : LIQUIDACIÓN PRIMER PAGO BENEFICIO PREVISIONAL

Solicito la aplicación de la opción prevista por el art. 24 de la Ley de Impuesto a las Ganancias, para que se determine el impuesto por el criterio de lo devengado respecto de las prestaciones provisionales que se me deben liquidar.

Art. 24 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/as a los ejercicios fiscales a que correspondan. El ejercicio de esta opción implicará la renuncia a la prescripción ganada por parte del contribuyente.

VERSIÓN (5)

Firma

Aclaración

.....

Tipo y N° de documento

**Solicitud
de Pensión
(Hijo Incapacitado)**
Hoja N° 7



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

N° DE AFILIADO/A:

**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

.....
Tipo y N° de documento

VERSIÓN (5)

**Solicitud
de Pensión**
(Hijo Incapacitado)
Cuenta Bancaria
Hoja Nº 8



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

Nº DE AFILIADO/A:

CAJA DE AHORROS PARA EL COBRO DE HABERES PREVISIONALES

Esta Caja de Jubilaciones procederá a gestionar la apertura de la Caja de Ahorros para el pago de sus haberes previsionales ante el Banco de la Provincia de Buenos Aires, por tal motivo Ud. deberá informarnos en este formulario lo siguiente:

CASA / SUCURSAL:

CÓD. DE SUCURSAL:

VERSIÓN (5)

Firma

Aclaración

.....
Tipo y Nº de documento

**Solicitud
de Pensión
(Hijo Incapacitado)**

Hoja N° 9



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

N° DE AFILIADO/A:

Notificación de Resoluciones Administrativas

Por medio de la presente informo como válido para la notificación de las resoluciones administrativas de parte de la Caja de Jubilaciones, Subsidios y Pensiones del Personal del Banco de la Provincia de Buenos Aires mi correo electrónico:

CORREO ELECTRÓNICO PRINCIPAL



CORREO ELECTRÓNICO DE FAMILIAR



Asimismo me comprometo a informar cualquier cambio en el correo electrónico arriba detallado.

La conformidad en el presente formulario tiene carácter de declaración jurada.

Firma

Aclaración

.....

Tipo y N° de documento