

Todos los datos consignados en este formulario revisten carácter de DECLARACIÓN JURADA.

A - TIPO DE PENSIÓN SOLICITADA:	
☐ Por Muerte de Activo ☐ Por Muerte de Pasivo	
B - ENCUADRE LEGAL:	☐ Ley: 6915 / 11373 / 12464 ☐ Ley: 6830 / 11530
C - DEL CAUSANTE	
Apellidos: Paterno: Materno: Nombre/s Completo/s: Sexo: ☐ Femenino ☐ Masculino	
SI EL CAUSANTE ERA JUBILADO N° de Beneficiario: 1 - -	
DOCUMENTO Tipo: ☐ D.N.I. ☐ L.E. ☐ L.C. ☐ C.I. ☐ Otros Letra:..... Número:	SI ES EXTRANJERO Y NO POSEE DNI C.I. Expedida por:
D - DEL SOLICITANTE: VÍNCULO CON EL CAUSANTE	
☐ Viudo/a ☐ Conviviente ☐ Hijo/a ☐ Ex-esposo/a	
Apellidos: Paterno: Materno: Nombre/s Completo/s: Sexo: ☐ Femenino ☐ Masculino Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Nacionalidad: País Residencia:	
DOCUMENTO Tipo: ☐ D.N.I. ☐ L.E. ☐ L.C. ☐ C.I. ☐ Otros Letra:..... Número:	SI ES EXTRANJERO Y NO POSEE DNI C.I. Expedida por:
DOMICILIO PARTICULAR	
Calle: N°: Manzana: Lote: Monoblock: Piso: Dpto: Localidad: Provincia: Cód. Postal: País: Teléfono: (.....) - E-mail:	
- Viudo/a ¿Permanece Viudo/a? ☐ No ☐ Sí ¿Durante la vigencia de la sociedad conyugal hubo separación de hecho? ☐ No ☐ Sí En caso afirmativo: Ud. fue culpable? ☐ No ☐ Sí Percibía alimentos? ☐ No ☐ Sí	
- Hijo/a Estado Civil: ☐ Soltero ☐ Viudo ☐ Casado ☐ Separado de hecho ☐ Separado legalmente o Divorciado ¿Trabaja en relación de dependencia? ☐ No ☐ Sí ¿Es discapacitado? ☐ No ☐ Sí ¿Tiene algún otro beneficio? ☐ No ☐ Sí ¿Estudia? ☐ No ☐ Sí ¿Nivel de Estudio? Si tiene otro beneficio previsional / social otorgado o en trámite,	
- Conviviente Tiempo de convivencia ¿Tiene hijos en común con el causante? ☐ No ☐ Sí ¿Presenta pruebas? ☐ No ☐ Sí	
- Ex Esposo/a ¿Es culpable del divorcio? ☐ No ☐ Sí ¿Percibe alimentos? ☐ No ☐ Sí	

Todos los datos consignados en este formulario revisten carácter de DECLARACIÓN JURADA.

Aclaraciones y / u observaciones:				
Declaración Jurada de Cargas de Familia				☐ No ☐ Sí
OTROS BENEFICIOS PREVISIONALES / SOCIALES				
¿Tiene otro beneficio otorgado o en trámite? ☐ No ☐ Sí Tipo de Beneficio:				
Caja o Instituto Expediente N°:				
Ha iniciado expediente con anterioridad en esta Caja ☐ No ☐ Sí Expediente N°:				
Concepto:				
OTROS SOLICITANTES (los datos de cada renglón deben ser completados en el punto J)				
	Apellido y Nombres	Tipo Documento	N° Documento	Sexo
01				
02				
03				
04				
05				
06				
07				
08				
09				
E – DEL LUGAR DE COBRO DEL BENEFICIO				
Lugar de Cobro:				
F – DE LA OBRA SOCIAL (Sólo para el caso de fallecimiento de un Activo, Ley N° 9.065)				
Opta por la Obra Social: ☐ I.A.P.O.S. ☐ Otra				
Si Ud. opta por la Obra Social I.A.P.O.S., ¿autoriza a realizarle el descuento automático por planilla? ☐ No..... ☐ Sí				
G – REPRESENTANTE PARA TRAMITAR (completar formulario VS-CP 01)				☐ No ☐ Sí
H – REPRESENTANTE PARA PERCIBIR (completar formulario VS-CPC 01)				☐ No ☐ Sí

Todos los datos consignados en este formulario revisten carácter de DECLARACIÓN JURADA.

I - DE LOS SERVICIOS PRESTADOS (declaración de servicios desde los 18 años de edad)			
PARA CADA ORGANISMO DEL QUE PRESENTA UNA FOJA DE SERVICIOS			
Organismo	Actividad	Período	
		Desde	Hasta
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			

¿Computará servicios de Otras Cajas? ☐ No ☐ Sí
Caja/s:

OBSERVACIONES

J - OTROS SOLICITANTES	
01 - Apellidos: Nombre/s Completo/s:	
Sexo: ☐ Femenino ☐ Masculino Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Nacionalidad:	
Estado Civil: ☐ Soltero ☐ Viudo ☐ Casado ☐ Separado de hecho ☐ Separado legalmente o Divorciado	
Documento Tipo: ☐ D.N.I. ☐ L.E. ☐ L.C. ☐ C.I. ☐ Otros Número:	Si es Extranjero y no posee DNI C.I. Expedida por:
Otros Datos ¿Vive? ☐ No ☐ Sí ¿Es discapacitado? ☐ No ☐ Sí ¿Trabaja en relación de dependencia? ☐ No ☐ Sí ¿Estudia? ☐ No ☐ Sí ¿Tiene algún otro beneficio? ☐ No ☐ Sí ¿Nivel de Estudio? Si tiene otro beneficio previsional / social otorgado o en trámite,	
Relación con el Causante: ☐ Viudo/a ☐ Conviviente ☐ Hijo/a ☐ Ex-esposo/a	

.... Apellidos: Nombre/s Completo/s:	
Sexo: ☐ Femenino ☐ Masculino Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Nacionalidad:	
Estado Civil: ☐ Soltero ☐ Viudo ☐ Casado ☐ Separado de hecho ☐ Separado legalmente o Divorciado	
Documento Tipo: ☐ D.N.I. ☐ L.E. ☐ L.C. ☐ C.I. ☐ Otros Número:	Si es Extranjero y no posee DNI C.I. Expedida por:
Otros Datos ¿Vive? ☐ No ☐ Sí ¿Es discapacitado? ☐ No ☐ Sí ¿Trabaja en relación de dependencia? ☐ No ☐ Sí ¿Estudia? ☐ No ☐ Sí	

Todos los datos consignados en este formulario revisten carácter de DECLARACIÓN JURADA.

¿Tiene algún otro beneficio? ☐ No ☐ Sí		¿Nivel de Estudio?	
Si tiene otro beneficio previsional / social otorgado o en trámite,			
Relación con el Causante: ☐ Viudo/a ☐ Conviviente ☐ Hijo/a ☐ Ex-esposo/a			
..... Apellidos:		Nombre/s Completo/s:	
Sexo: ☐ Femenino ☐ Masculino		Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Nacionalidad:	
Estado Civil: ☐ Soltero ☐ Viudo ☐ Casado ☐ Separado de hecho ☐ Separado legalmente o Divorciado			
Documento Tipo: ☐ D.N.I. ☐ L.E. ☐ L.C. ☐ C.I. ☐ Otros		Si es Extranjero y no posee DNI	
Número:		C.I. Expedida por:	
Otros Datos			
¿Vive? ☐ No ☐ Sí		¿Es discapacitado? ☐ No ☐ Sí	
¿Trabaja en relación de dependencia? ☐ No ☐ Sí		¿Estudia? ☐ No ☐ Sí	
¿Tiene algún otro beneficio? ☐ No ☐ Sí		¿Nivel de Estudio?	
Si tiene otro beneficio previsional / social otorgado o en trámite,			
Relación con el Causante: ☐ Viudo/a ☐ Conviviente ☐ Hijo/a ☐ Ex-esposo/a			
..... Apellidos:		Nombre/s Completo/s:	
Sexo: ☐ Femenino ☐ Masculino		Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Nacionalidad:	
Estado Civil: ☐ Soltero ☐ Viudo ☐ Casado ☐ Separado de hecho ☐ Separado legalmente o Divorciado			
Documento Tipo: ☐ D.N.I. ☐ L.E. ☐ L.C. ☐ C.I. ☐ Otros		Si es Extranjero y no posee DNI	
Número:		C.I. Expedida por:	
Otros Datos			
¿Vive? ☐ No ☐ Sí		¿Es discapacitado? ☐ No ☐ Sí	
¿Trabaja en relación de dependencia? ☐ No ☐ Sí		¿Estudia? ☐ No ☐ Sí	
¿Tiene algún otro beneficio? ☐ No ☐ Sí		¿Nivel de Estudio?	
Si tiene otro beneficio previsional / social otorgado o en trámite,			
Relación con el Causante: ☐ Viudo/a ☐ Conviviente ☐ Hijo/a ☐ Ex-esposo/a			

Lugar y Fecha

Firma del Solicitante

Aclaración de Firma

Certifico que los datos consignados en los recuadros anteriores son copia fiel de/los obrante/s en el/los documento/s de identidad que en cada caso se indica/n que tuve a la vista y que la/s firma/s estampada/s en la línea anterior fueron colocados en mi presencia.

Lugar y Fecha

Firma de Autoridad Competente

Aclaración de Firma y Cargo