

## SOLICITUD DE PENSIÓN

Afiliado N°

Fecha: .....

E-Mail : .....  
(Dirección de correo electrónico donde acepto la validez de todas las notificaciones)

Apellidos y nombres del afiliado : .....

Fecha fallecimiento del afiliado: .....

Apellido y nombres del/los solicitante/s .....

Domicilio: ..... Localidad: .....

Código Postal: .....Teléfono: .....

Documento de identidad:.....Estado civil: .....

Fecha de nacimiento solicitante/s .....

### PERSONAS A CARGO:

Apellidos y nombres completos	Parentesco	Documento	Nacimiento	Incapacidad

Indicar si el afiliado era beneficiario de otra prestación previsional .....

Otros beneficios del/los solicitantes:  SI  NO Tipo:.....

Otorgado o en trámite:.....

Caja:..... Expediente N° : .....

Indicar si posee Obra Médico-Asistencial  SI  NO ¿Cuál?.....

Indicar si conocen la existencia de otras personas con derecho a pensión: .....

**DECLARO QUE LOS DATOS CONSIGNADOS SON CIERTOS Y REALES Y QUE LOS FORMULO CON CONOCIMIENTO DE LAS PENALIDADES DEL ART. 293° DEL CÓDIGO PENAL.**

.....  
Firma

La firma que precede de don/ña.....ha sido puesta en mi presencia exhibiendo documento de identidad tipo DNI - LE - LC N°

.....  
Firma

Sello aclaratorio

Podrán autenticar: Juez de Paz , Escribano de Registro, Presidente del Colegio Departamental y funcionarios de la Caja de Previsión Social