

F03

Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social Caja de Jubilaciones y Pensiones

El presente formulario tiene carácter de **Declaración Jurada**. Por favor complete todos los puntos.

SOLICITUD DE PENSIÓN

1- BENEFICIO SOLI	CITADO:					
Pensión por Fallecimie	nto de persona en:	O ACTIVIDAD	O PASIVIDAD (Jubilación o Retiro)			
2- DATOS DE PERSO	ONA FALLECIDA					
Apellidos y Nombres: (como figuran en el DNI):						
Estado Civil: O Soltera/o	Casada/o Convi	iviente 🔾 Viuda/o 🤇	Divorciada/o O Separada/o de Hecho/Legal			
Si la persona fallecida gozaba d			1 / / _			
3- DATOS PERSONA	3- DATOS PERSONALES DE QUIÉN SOLICITA LA PENSIÓN					
Completar en caso de s	olicitante Viuda/o, Co	nviviente o Ex espo	osa/o alimentada/o.			
Relación con la persona	fallecida: O Viuda	a/o Convivient	te O Ex esposa/o que percibe alimentos			
Apellidos y Nombres: (como figuran en el DNI):						
CUIL:		::OMOF F	echa Nac:			
Domicilio:						
Localidad:			CP			
Tel. Fijo:		Tel. Celular:				
4- CONSTITUCIÓN I	DE DOMICILIO ELE	ECTRÓNICO (req	ηuisito esencial)			
Las notificaciones por me	edios electrónicos son	plenamente válidas	. Resolución General SFE 001/2023.			
E-Mail de TITULAR :						
5- OTROS DATOS						
¿Conoce a otras persor	nas con posible derec	ho a Pensión?				
O SI O NO En cas	so afirmativo indique quiénes	:				
◯ Viuda/o.	Nombre:					
O Ex-esposa/o.	Nombre:					
O Conviviente.	Nombre:					
O Hijas/os.	Nombre:					
O Hijas/os con Incapacidad.	Nombre:					
¿Posee más pruebas , no agre	gadas en esta oportunidad, q	ue permitan confirmar los	hechos expresados? O SI O NO			

En caso afirmativo deberá incorporarlas en el plazo de 10 días, bajo apercibimiento de resolver con la

documentación existente en el expediente.



F03

Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social Caja de Jubilaciones y Pensiones

El presente formulario tiene carácter de **Declaración Jurada**. Por favor complete todos los puntos.

SOLICITUD DE PENSIÓN

6- COMPLETAR SEGÚN LA RELACIÓN CON EL CAUSANTE	5.	
1- Solicitante VIUDA / O		
Fecha del casamiento:		
¿Durante la vigencia de la sociedad conyugal hubo separación de hecho?	NO	
¿Percibía Alimentos? O SI O NO		
¿Tiene otro beneficio otorgado o en trámite?: O SI O NO Tipo de Benefic	sio:	
¿En que Caja o Instituto?:		
2- Solicitante CONVIVIENTE		
Fecha de inicio de la Convivencia:	lijas/os con el causar	nte: O SI O NO
Indique el o los domicilios en los que tuvo lugar la convivencia y las fechas correspondientes:		
Domicilios	Desde	Hasta
¿Tiene otro beneficio otorgado o en trámite?: O SI O NO Tipo de Benefic	io:	
¿En que Caja o Instituto?:		
2 Callistrate EV FORCOA (O Destité Alimentes O O DO NO		
3- Solicitante EX-ESPOSA / O ¿Percibía Alimentos? SI NO		
7- COMPLETAR EN CASO DE SOLICITANTES HIJAS/OS		
Solicitante 1:		
Apellidos y Nombres:		
(como figuran en el DNI):		
CUIL: Sexo: O M O F Fecha Na	ac:	
¿Trabaja en Relación de Dependencia? O SI O NO ¿Es una persona inca	pacitada?	ON C IS
¿Tiene otro beneficio otorgado o en trámite?: O SI O NO ¿Cuál? ¿Organismo?:		
¿Estudia?: O SI O NO Nivel de Estudio:		
Estado Civil: O Soltera/o O Casada/o O Conviviente O Viuda/o O Divor		arada/o de Hecho/Legal
Si es casada/o o conviviente, y su pareja trabaja o percibe ingresos, debe adjuntar recibos o c	onstancias correspor	ndientes.
Domicilio:		
Localidad:	CP	
E-Mail:		
Las notificaciones por medios electrónicos son plenamente válidas. Resc	olución General S	SFE 001/2023.
Tel. Fijo: Tel. Celular:		



F03

Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social Caja de Jubilaciones y Pensiones

El presente formulario tiene carácter de **Declaración Jurada**. Por favor complete todos los puntos.

SOLICITUD DE PENSIÓN

Solicitante 2:						
Apellidos y Nombres: (como figuran en el DNI):						
CUIL:						
¿Trabaja en Relación de Dependencia? O SI O NO ¿Es una persona incapacitada? O SI O NO						
¿Tiene otro beneficio otorgado o en trámite?: O SI O NO ¿Cuál? ¿Organismo?:						
¿Estudia?: O SI O NO Nivel de Estudio:						
Estado Civil: O Soltera/o O Casada/o O Conviviente O Viuda/o O Divorciada/o O Separada/o de Hecho/Legal						
Si es casada/o o conviviente, y su pareja trabaja o percibe ingresos, debe adjuntar recibos o constancias correspondientes.						
<u>Domicilio:</u>						
Localidad: CP CP						
E-Mail:						
Las notificaciones por medios electrónicos son plenamente válidas . Resolución General SFE 001/2023.						
Tel. Fijo: Tel. Celular:						
Solicitante 3:						
Apellidos y Nombres: (como figuran en el DNI):						
CUIL:						
¿Trabaja en Relación de Dependencia? O SI O NO ¿Es una persona incapacitada? O SI O NO						
¿Tiene otro beneficio otorgado o en trámite?: O SI O NO ¿Cuál? ¿Organismo?:						
¿Estudia?: O SI O NO Nivel de Estudio:						
Estado Civil: O Soltera/o O Casada/o O Conviviente O Viuda/o O Divorciada/o O Separada/o de Hecho/Legal						
Si es casada/o o conviviente, y su pareja trabaja o percibe ingresos, debe adjuntar recibos o constancias correspondientes.						
Domicilio:						
Localidad: CP CP						
E-Mail:						
Las notificaciones por medios electrónicos son plenamente válidas . Resolución General SFE 001/2023.						
Tel. Fijo: Tel. Celular:						
8- DATOS BANCARIOS Y OBRA SOCIAL						
● ¿EN CUAL SUCURSAL DEL NBSF DESEA COBRAR?:						
● DE LA OBRA SOCIAL: IAPOS ◯ SI ◯ NO ¿Optará por IAPOS SOLIDARIO? ◯ SI ◯ NO ◯ SMAI (EPE)						





Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social Caja de Jubilaciones y Pensiones

El presente formulario tiene carácter de **Declaración Jurada**. Por favor complete todos los puntos.

SOLICITUD DE PENSIÓN

9- DE LOS SERVICIOS (solo para Pensión por fallecimiento de persona en ACTIVIDAD)

1- Cómputo Privilegiado / Diferenciado:						
La opción DEBE HABER SIDO REALIZADA EN ACTIVIDAD y ANTE EL EMPLEADOR . Debe adjuntar constancia de dicha opción, incluyendo el inicio del descuento del 50% del aporte adicional, según Ley 14283.						
¿Solicita el Cómputo Privilegiado / Diferenciado para todas las actividades que correspond	lan? O SI O NO					
Si respondió que SÍ en la pregunta anterior, indique por cuáles períodos	:					
O Con anterioridad al 21/01/1996 O Desde el 22/01/1996 al 07/10/2005	O Posteriores al 07/10/2005					
2- ¿Computará servicios de otras Cajas? O SI O NO ¿De cuáles	?:					
OBSERVACIONES:						
10- FIRMAS:						
Manifiesto que he tomado conocimiento de mi obligación de comunicar pueda afectar el derecho a la percepción del beneficio						
Firma de quién solicita	Aclaración de Firma					
CERTIFICO que los datos personales consignados precedentemente son copia fiel de los es mencionan y que tuve a la vista y que las firmas fueron colocadas en mi presencia	obrantes en los documentos de identidad que					
*Firma y Sello de Autoridad Certificante	Lugar y Fecha					

(*) Las certificaciones de firmas deben realizarse ante personal de esta Caja, organismo competente, escribanía o Poder Judicial.