



CPSPS

Caja de Previsión Social para Profesionales de la Salud de la Provincia de Córdoba

27 de Abril 772 – 5000 Córdoba
Teléfono: 0351 4106000
Fax: 0351 4106039
Correo electrónico: info@cpsps.org.ar

SOLICITUD DE PENSIÓN Ley 8577 Ley 6469 Convenio 363/81

SOLICITUD DE SUBSIDIO POR FALLECIMIENTO Ley 8577 Ley 6469

Afiliado/a N°

DATOS DEL/LA AFILIADO/A:

APELLIDO Y NOMBRES DEL/LA CAUSANTE

D.N.I. – L.C. – L.E. N°:

FECHA DE FALLECIMIENTO

SOLICITANTES DE PENSIÓN:

APELLIDO Y NOMBRES DEL/LA SOLICITANTE

D.N.I. – L.C. – L.E. N°: PARENTESCO

FECHA DE NACIMIENTO ESTADO CIVIL

APELLIDO Y NOMBRES DEL/LA SOLICITANTE

D.N.I. – L.C. – L.E. N°: PARENTESCO

FECHA DE NACIMIENTO ESTADO CIVIL

APELLIDO Y NOMBRES DEL/LA SOLICITANTE

D.N.I. – L.C. – L.E. N°: PARENTESCO

FECHA DE NACIMIENTO ESTADO CIVIL

APELLIDO Y NOMBRES DEL/LA SOLICITANTE

D.N.I. – L.C. – L.E. N°: PARENTESCO

FECHA DE NACIMIENTO ESTADO CIVIL

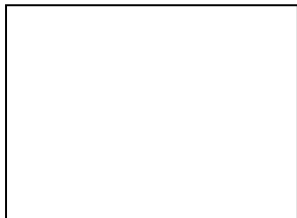
Detallar otras Personas con Derecho a Pensión:.....
.....

DOMICILIO PARTICULAR:

Calle	<input type="text"/>			Número	<input type="text"/>
Piso	<input type="text"/>	Dpto	<input type="text"/>	Teléfono	<input type="text"/>
Barrio	<input type="text"/>	(C. P.)	<input type="text"/>	Localidad	<input type="text"/>

Correo Electrónico:

DECLARO BAJO JURAMENTO QUE CONFORME A MI CONOCIMIENTO NO EXISTEN OTROS BENEFICIARIOS DE PENSIÓN ADEMÁS DE LOS DETALLADOS EN ESTE FORMULARIO.-

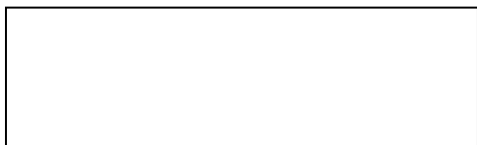


.....
FIRMA DEL SOLICITANTE

D.N.I.:

CERTIFICO QUE LA FIRMA QUE ANTECEDE ES AUTENTICA DE :

.....**POR HABER SIDO PUESTO EN MI PRESENCIA.-**



.....
FIRMA Y SELLO

Fecha cierta de presentación



CPSPS

Caja de Previsión Social para Profesionales
de la Salud de la Provincia de Córdoba

27 de Abril 772 – 5000 Córdoba
Teléfono: 0351 4106000
Fax: 0351 4106039
Correo electrónico: info@cpsps.org.ar

CÓRDOBA,

NOTIFICACIÓN DE PENSIÓN Y SUBSIDIO POR FALLECIMIENTO

→ ME NOTIFICO QUE LA PRESENTACIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN PARA LA SOLICITUD DE UN BENEFICIO **NO IMPLICA EN MODO ALGUNO LA SEGURIDAD DE QUE ESE BENEFICIO SEA OTORGADO** SINO QUE SE INICIA EL TRAMITE CORRESPONDIENTE AL ESTUDIO DEL LEGAJO PARA LA VERIFICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE TODAS LAS CONDICIONES QUE DEBE ACREDITAR EL AFILIADO CONFORME A LA REGLAMENTACIÓN APLICABLE A FIN DE RESOLVER EL PEDIDO PRESENTADO SEGÚN CORRESPONDA OTORGAR O NO EL BENEFICIO SOLICITADO.

→ ME NOTIFICO QUE PARA TENER DERECHO A GOZAR DE LOS BENEFICIOS DE PENSIÓN Y/O SUBSIDIO POR FALLECIMIENTO, DERIVADOS DEL FALLECIMIENTO DE UN AFILIADO EN ACTIVIDAD SE DEBERÁ ESTAR AL DÍA EN EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRAÍDAS POR EL CAUSANTE POR CUALQUIER TITULO PARA CON LA CAJA CONFORME A LO DISPUESTO POR EL ART. 79 DE LA LEY 8577.

LEÍDO POR EL/LA SOLICITANTE FIRMA IMPUESTO DEL CONTENIDO DE LAS NOTIFICACIONES PRECEDENTES:

.....
FIRMA

.....
ACLARACIÓN

.....
T/Nº DOCUMENTO

