



**TIPO DE JUBILACIÓN**

- JUBILACIÓN COMPLETA (30 años de aportes y 65 años de edad)
- PRESTACIÓN PROPORCIONAL

**A. DATOS DEL SOLICITANTE**

MATRÍCULA ..... FECHA DE BAJA .....  
RESOLUCIÓN Nº .....

APELLIDO/S .....  
NOMBRE/S .....  
TIPO Y Nº DE DOCUMENTO ..... CUIT/CUIL .....  
FECHA DE NACIMIENTO ..... NACIONALIDAD .....  
LUGAR DE NACIMIENTO ..... PROVINCIA .....

**ESTADO CIVIL**

- SOLTERO
- CASADO
- VIUDO
- SEPARADA/O DE HECHO Desde .....
- DIVORCIADA/O Desde .....

**DOMICILIO REAL**

CALLE ..... Nº .....  
PISO ..... DEPTO .....  
BARRIO PRIVADO .....  
LOCALIDAD ..... CP .....  
CELULAR ..... TEL .....





**DOMICILIO CONSTITUIDO** (a completar si difiere del domicilio real)

CALLE ..... N° .....

PISO ..... DEPTO .....

BARRIO PRIVADO .....

LOCALIDAD ..... CP .....

CELULAR ..... TEL .....

**CORREO ELECTRÓNICO**

E-MAIL .....

El domicilio consignado en este formulario se considerará como “constituido” a los efectos de las comunicaciones que emita esta Caja.

Declaro bajo juramento la siguiente dirección de correo electrónico, a los fines de la notificación de la resolución que se adopte, con los efectos del domicilio constituido:

E-mail: .....

**OTROS DATOS DE CONTACTO**

APELLIDO/S Y NOMBRES/S .....

PARENTESCO .....

TIPO Y N° DE DNI .....

E-MAIL .....

TELÉFONO .....

DIRECCIÓN .....

LOCALIDAD .....

**CBU PROVISORIO COBRO 1º HABER** .....





**SISTEMA DE APOYO/CURATELA**

(deberá ser llenado por el curador/apoyo en los casos que corresponda)

**DATOS DE LA CAUSA**

CARÁTULA.....  
 JUZGADO.....  
 LOCALIDAD .....

**DATOS DE CURADOR/APOYO**

APELLIDO/S Y NOMBRE/S .....  
 CUIL ..... TEL.....  
 MAIL .....  
 DOMICILIO.....  
 LOCALIDAD.....

**OBSERVACIONES**

Para presentaciones a través de tutores o curadores, deberá presentar:  
 Sentencia o testimonio de la designación judicial como tal, aceptación de cargo y discernimiento

**B. COMPLETAR SEGÚN CORRESPONDA**

**¿TIENE OTRO BENEFICIO JUBILATORIO?** (marque con una "X" lo que corresponda)

SI      ¿Qué organismo lo otorgó? .....  
 NO

**¿APLICARA RECIPROCIDAD?**

SI  
 NO

CAJA PARTICIPANTE .....

CAJA OTORGANTE .....



**C. FAMILIARES CON POSIBLE DERECHO A PENSIÓN**

**FAMILIAR 1**

APELLIDO/S .....

NOMBRES/S .....

FECHA DE NACIMIENTO ..... PARENTEZCO .....

INCAPACITADO

DEPENDENCIA ECONÓMICA

SI  
 NO

SI  
 NO

**FAMILIAR 2**

APELLIDO/S .....

NOMBRES/S .....

FECHA DE NACIMIENTO ..... PARENTEZCO .....

INCAPACITADO

DEPENDENCIA ECONÓMICA

SI  
 NO

SI  
 NO

**FAMILIAR 3**

APELLIDO/S .....

NOMBRES/S .....

FECHA DE NACIMIENTO ..... PARENTEZCO .....

INCAPACITADO

DEPENDENCIA ECONÓMICA

SI  
 NO

SI  
 NO

**FAMILIAR 4**

APELLIDO/S .....

NOMBRES/S .....

FECHA DE NACIMIENTO ..... PARENTEZCO .....

INCAPACITADO

DEPENDENCIA ECONÓMICA

SI  
 NO

SI  
 NO



**D. DOCUMENTACIÓN ACOMPAÑADA**

PARTIDA DE NACIMIENTO

FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD DE SOLICITANTE

COPIA DE LA RESOLUCIÓN DE LA BAJA DE MATRÍCULA EXPEDIDA POR EL COLEGIO DE KINESIÓLOGOS DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

*No se dará ingreso a aquellas peticiones presentadas sin la documentación requerida.*

*La documentación presentada será analizada y evaluada por el Área Legal correspondiente. El afiliado será notificado ante cualquier faltante o inconsistencia en la misma.*

Declaro bajo juramento que los datos consignados en este formulario son correctos, completos y veraces, y que la presente se ha confeccionado sin omitir ni falsear dato alguno y en cumplimiento de la Reglamentación vigente.

Manifiesto conocer y entender el alcance de la Ley 13.917 y el Reglamento de Prestaciones vigente.

Me comprometo a remitir cada seis (6) meses el certificado de supervivencia expedido por el Registro Provincial de las Personas, en caso de no remitir la Caja podrá suspender el beneficio otorgado.

Firma .....

Aclaración.....



La Plata, ..... DE ..... DE 20.....

**REF . APERTURA DE CUENTA**

DATOS PERSONALES PARA LA APERTURA DE UNA CAJA DE AHORRO EN EL BANCO DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES PARA EL COBRO DE JUBILACIONES/PENSIONES

NOMBRE Y APELLIDO:.....  
MATRICULA PROVINCIAL:.....  
DOCUMENTO TIPO:..... No .....  
LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO: .....  
ESTADO CIVIL:.....  
DIRECCIÓN:.....  
LOCALIDAD:.....PROVINCIA:.....  
CÓDIGO POSTAL:.....  
CORREO ELECTRÓNICO:.....  
NUMERO DE CUIT/CUIL..... (ACOMPañAR COMPROBANTE)  
CONDICIÓN FISCAL: IVA ..... GANANCIAS.....  
INGRESOS BRUTOS.....

SIRVASE PONER AQUÍ EL NUMERO DE SUCURSAL DEL BANCO DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES DONDE DESEA QUE SE ABRA SU CUENTA CAJA DE AHORROS PARA EL COBRO DE SU JUBILACIÓN/PENSIÓN

SUCURSAL DEL BANCO DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES No: .....  
LOS DATOS ANTERIORMENTE DETALLADOS SON REALES Y PUEDEN USARSE PARA LA APERTURA DE LA CAJA DE AHORRO QUE LA CAJA PARA PROFESIONALES DE LA KINESIOLOGÍA DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES ABRIRÁ EN MI NOMBRE EN EL BANCO DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES.

Firma .....

Aclaración.....