

## SOLICITUD DE JUBILACIÓN EXTRAORDINARIA POR INVALIDEZ

Afiliado N°

Fecha: .....

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

Apellidos y nombres completos : .....

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

Código Postal: .....Teléfono: .....

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

Tipo y número

Sucursal Bco. Provincia (indique en que sucursal preferiría que se le abra cuenta):

PERSONAS A CARGO:

Apellidos y nombres completos	Parentesco	Documento	Nacimiento	Incapacidad

Otros beneficiarios:  SI  NO Tipo:.....

Otorgado o en trámite:.....

Caja:..... Expediente N° : .....

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

**Causales de incapacidad:** Se adjuntan copias de Historia Clínica y de los certificados médicos donde constan las patologías existentes y la fecha de comienzo de la incapacidad total y permanente.

**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