

SOLICITUD DE JUBILACIÓN

TIPO DE JUBILACIÓN

ORDINARIA
EXTRAORDINARIA

DATOS DEL SOLICITANTE

| | |
|--|---|
| N° CARNET _____ | |
| APELLIDO/S _____ | |
| NOMBRE/S _____ | |
| TIPO Y N° DOCUMENTO _____ | CUIT/CUIL _____ |
| FECHA DE NACIMIENTO _____ | NACIONALIDAD _____ |
| LUGAR DE NACIMIENTO _____ | PROVINCIA _____ |
| ESTADO CIVIL | |
| SOLTERO <input type="checkbox"/> | |
| CASADO <input type="checkbox"/> | |
| VIUDO <input type="checkbox"/> | |
| SEPARADO DE HECHO <input type="checkbox"/> | DESDE _____ |
| SEPARADO LEGALMENTE <input type="checkbox"/> | AUTORIDAD ANTE QUIÉN FORMULO LA DENUNCIA/ACCIÓN |
| DIVORCIADO <input type="checkbox"/> | JUDICIAL INICIADA ANTE _____ |
| DOMICILIO REAL | |
| CALLE _____ | N° _____ |
| PISO _____ DPTO _____ | BARRIO PRIVADO _____ |
| LOCALIDAD _____ | CP _____ |
| CELULAR _____ | TEL () _____ |
| DOMICILIO CONSTITUIDO | |
| CALLE _____ | N° _____ |
| PISO _____ DPTO _____ | BARRIO PRIVADO _____ |
| LOCALIDAD _____ | CP _____ |
| CORREO ELECTRÓNICO | |
| E-MAIL _____ | |
| DESEA RECIBIR INFORMACIÓN POR E-MAIL | SI <input type="checkbox"/> (Si la respuesta es NO se enviará información por correo postal) NO <input type="checkbox"/> |

DEPOSITO DE HABERES JUBILATORIOS Y/O REINTEGROS SALUD

(Seleccionar UNA opción)

| | |
|--|-----------------------------|
| 1. SOLICITA EL DEPOSITO EN LA CUENTA UTILIZADA ACTUALMENTE PARA LOS REINTEGROS DE SALUD | |
| SI <input type="checkbox"/> | |
| NO <input type="checkbox"/> | |
| 2. SOLICITA APERTURA DE CUENTA EN BANCO | |
| PROVINCIA DE BUENOS AIRES <input type="checkbox"/> | |
| GALICIA <input type="checkbox"/> | |
| FRANCÉS <input type="checkbox"/> | |
| LOCALIDAD _____ | N° SUCURSAL/DOMICILIO _____ |
| 3. DENUNCIA CUENTA BANCARIA DE LA CUAL ES TITULAR EN BANCO | |
| CBU <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| (Deberá adjuntar comprobante de la CBU y titularidad de la cuenta, emitido por el Banco) | |



FAMILIARES CON POSIBLE DERECHO A PENSIÓN

FAMILIAR 1

| | | | |
|---------------------------|-----------------------------|-----------------------|-----------------------------|
| APELLIDO/S _____ | | | |
| NOMBRE/S _____ | | | |
| FECHA DE NACIMIENTO _____ | | PARENTESCO _____ | |
| INCAPACITADO | SI <input type="checkbox"/> | DEPENDENCIA ECONÓMICA | SI <input type="checkbox"/> |
| | NO <input type="checkbox"/> | | NO <input type="checkbox"/> |

FAMILIAR 2

| | | | |
|---------------------------|-----------------------------|-----------------------|-----------------------------|
| APELLIDO/S _____ | | | |
| NOMBRE/S _____ | | | |
| FECHA DE NACIMIENTO _____ | | PARENTESCO _____ | |
| INCAPACITADO | SI <input type="checkbox"/> | DEPENDENCIA ECONÓMICA | SI <input type="checkbox"/> |
| | NO <input type="checkbox"/> | | NO <input type="checkbox"/> |

FAMILIAR 3

| | | | |
|---------------------------|-----------------------------|-----------------------|-----------------------------|
| APELLIDO/S _____ | | | |
| NOMBRE/S _____ | | | |
| FECHA DE NACIMIENTO _____ | | PARENTESCO _____ | |
| INCAPACITADO | SI <input type="checkbox"/> | DEPENDENCIA ECONÓMICA | SI <input type="checkbox"/> |
| | NO <input type="checkbox"/> | | NO <input type="checkbox"/> |

FAMILIAR 4

| | | | |
|---------------------------|-----------------------------|-----------------------|-----------------------------|
| APELLIDO/S _____ | | | |
| NOMBRE/S _____ | | | |
| FECHA DE NACIMIENTO _____ | | PARENTESCO _____ | |
| INCAPACITADO | SI <input type="checkbox"/> | DEPENDENCIA ECONÓMICA | SI <input type="checkbox"/> |
| | NO <input type="checkbox"/> | | NO <input type="checkbox"/> |

COBERTURA PARA PRESTACIONES ASISTENCIALES Y SUBSIDIOS

| | | |
|-------------------------------------|-----------------------------|--|
| DESEA TENER COBERTURA | SI <input type="checkbox"/> | |
| | NO <input type="checkbox"/> | |
| MANTIENE/INCLUYE FAMILIARES A CARGO | SI <input type="checkbox"/> | (en caso afirmativo deberá completar Formulario de Grupo familiar a cargo) |
| | NO <input type="checkbox"/> | |

Si optara por continuar siendo beneficiario del sistema de salud que brinda la Caja, gozará de una cobertura transitoria que se hará efectiva en los términos del artículo 4º inc. d) y e) del Reglamento de Prestaciones Asistenciales y Subsidios. Los pedidos de reintegros de los gastos en salud realizados mientras se lleva adelante el trámite de jubilación o pensión le serán liquidados al momento de la finalización del mismo.

REGIMEN DE RECIPROCIDAD JUBILATORIO RESOLUCIÓN 363/81

| | | |
|---------------------|-----------------------------|-----------------------|
| SOLICITA APLICACIÓN | SI <input type="checkbox"/> | CAJA PARTICIPANTE DEL |
| | NO <input type="checkbox"/> | BENEFICIO _____ |

DOCUMENTACIÓN RESPALDATORIA (en original o en copia certificada por Escribano)

| | |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | Fotocopia de nota de renuncia al Registro Notarial con sello de entrada del Ministerio de Justicia |
| <input type="checkbox"/> | Partida de matrimonio actualizada (expedida en los últimos seis meses) |
| <input type="checkbox"/> | Sentencia de Divorcio |
| <input type="checkbox"/> | Expediente de Reconocimiento de Servicios de Caja Participante |
| <input type="checkbox"/> | Formulario Grupo familiar a cargo para la cobertura Prestaciones asistenciales |
| <input type="checkbox"/> | Foto actual |
| <input type="checkbox"/> | Otros _____ |

SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL – PERIODO EXTENDIDO

Para que proceda la cobertura, ante una eventual acción judicial o reclamo por responsabilidad civil del notario, deberá encontrarse **vigente** la póliza al **momento del reclamo**.
Por este motivo, el notario que se jubila, fallece o incapacita, él o sus herederos, tendrá un periodo extendido de **dos (2) años sin costo**, o **podrá optar** por un periodo de **diez (10) años** con un **costo del 75% de la póliza vigente** o que expira. Para hacer uso de esta última opción, deberá contactarse con la compañía aseguradora, dentro de los **30 (treinta) días siguientes al cese** de su actividad profesional.

Lugar y Fecha _____

Firma del solicitante _____ Aclaración _____

Oficina interviniente _____

Firma y sello del receptor _____