

**SUBSIDIO POR FALLECIMIENTO Y
REINTEGRO DE GASTOS DE SEPELIO**

1. **Solicitud del beneficio.** (FP 005/1).
2. **Declaración Jurada de inexistencia de otros causahabientes** (FP 004/2)
3. **Certificado de Colegiación:** expedido por los Colegios de Médicos de la provincia de Buenos Aires en los que actuó el profesional, con constancia de interrupciones que por cualquier causa hubiese tenido la habilitación de la matrícula, cuya fecha de expedición no podrá superar los treinta (30) días.
4. **Certificado de defunción del causante:** En caso de tratarse de muerte traumática, se deberá acompañar las actuaciones penales, no siendo suficiente la mera denuncia policial.
5. **Documentación que acredite el vínculo familiar del/los causahabiente/s que soliciten el beneficio:**
 - a) **Cónyuge:** Partida de matrimonio actualizada.
En caso de encontrarse separado o divorciado, deberá acompañar además copia de la sentencia de divorcio o testimonio de la misma, conjuntamente con el acuerdo alimentario homologado, si lo hubiera.
 - b) **Hijos:** Partidas de nacimiento.
Tratándose de hijos mayores de dieciocho (18) años y menores de veinticinco (25) años de edad, en forma complementaria deberá presentarse:
 - Declaración Jurada de inexistencia de desempeño profesional;
 - Certificado de estudio extendido por establecimiento Secundario, Terciario, Universitario o de Instituto o Colegio Privado reconocido o incorporado a la enseñanza oficial Nacional o Provincial, o cuya enseñanza esté autorizada por la autoridad respectiva.
 - c) **Padre/Madre:** Partida de nacimiento del causante y cumplimentar con los requisitos del FP 004/7.
 - d) **Conviviente en aparente matrimonio:** Prueba de la convivencia alegada por un plazo de cinco (5) años inmediatos anteriores al fallecimiento, en caso que el causante fuera separado o divorciado; o de dos (2) años inmediatos anteriores al fallecimiento, en los casos en que éste fuera soltero, viudo o existieran hijos en común. (FP 004/9)
 - e) **Hijo incapacitado:** Certificado médico que establezca la enfermedad alegada, grado, carácter y fecha de origen de la incapacidad, conjuntamente con el resumen de la historia clínica y la totalidad de la documentación y estudios que posea. (FP 004/8)
6. **Factura de Gastos de Sepelio** extendida en legal forma, y **Recibo de Pago** que justifique haberse abonado los gastos del sepelio y quien sufragó los mismos. (En caso de ser un tercero, deberá presentar la solicitud de Reintegro de Gastos de Sepelio debidamente cumplimentada).
7. **El causahabiente solicitante y el afiliado fallecido no deberán registrar deuda alguna con la Caja.**
8. **Fotocopia del DNI o documento equivalente del/los solicitantes.**
9. **En caso que el causante haya sido Beneficiario de Jubilación Ordinaria o Extraordinaria deberá Reintegrarse la tarjeta de débito.** (FT 003/01 o FT 003/02).
10. **Prueba de los servicios prestados por el afiliado, salvo que a la fecha del deceso el afiliado fuera beneficiario de Jubilación Ordinaria o Extraordinaria:**

El ejercicio profesional del afiliado fallecido será probado con los ingresos de los aportes establecidos en los incisos c), d) e) y f) del Art. 35º de la Ley 12.207, **cuando**

de los mismos se evidencie el desempeño profesional en forma continua, regular e ininterrumpida.

Caso contrario, el ejercicio profesional deberá ser probado:

- a) Servicios profesionales en relación de dependencia: mediante certificado extendido en legal forma y suscripto por representante legal de las Instituciones, Reparticiones y/o Entidades donde el afiliado haya desarrollado su actividad profesional, en los cuales se deberá determinar expresamente la fecha de inicio, interrupciones y cese de la relación laboral, si correspondiese.
- b) Servicios en forma independiente o por cuenta propia: con todos los elementos documentales que a dichos efectos pueda aportar, resultando relevante a tales fines las certificaciones extendidas por las Entidades Primarias que acrediten el carácter de prestador del peticionante.

En forma **subsidiaria** y como **complemento a la prueba documental** que aporten los peticionantes, se admitirá la presentación de hasta tres (3) **Informaciones Sumarias** prestadas en *sede judicial* por profesionales médicos colegiados. En todos los casos las declaraciones deberán testimoniar la actividad profesional desarrollada por el causante, detallando su ámbito geográfico, establecimientos en los que prestó servicios, fecha de inicio y cese de los mismos y toda otra circunstancia referida a su desempeño profesional.

IMPORTANTE:

- *Las Partidas que sean de extraña jurisdicción a la Provincia de Buenos Aires, deberán ser debidamente legalizadas por ante la **CAMARA NACIONAL DE APELACIONES - para las extendidas en el radio de Capital Federal -** sita en Lavalle No.1220 Capital Federal; o por ante el **MINISTERIO DEL INTERIOR - para las extendidas fuera del radio de Capital Federal y la Provincia de Buenos Aires -** con domicilio en 25 de Mayo No. 101 PB. Capital Federal.*
- *En todos los casos la documentación deberá ser presentada en original o copia certificada por Escribano Público, Juez de Paz o Personal autorizado de Casa Central o de la Delegación que intervenga en la presentación del expediente respectivo.*
- *Indefectiblemente toda otra documentación que se presente para acreditar el ejercicio del causante deberá tener constancia del período de actuación profesional que corresponda, firma del responsable y logo.*
- *En caso que la documentación que se acompañe -sea a juicio de la Caja- insuficiente a los fines de la prueba que corresponda, se deberán presentar los elementos que requiera la Caja en cada caso en particular.*
- *La petición de otorgamiento del Subsidio por Fallecimiento y/o Reintegro de Gastos de Sepelio, deberá efectuarse dentro del plazo de dos (2) años de producido el fallecimiento del afiliado; transcurrido el cual caducará el derecho al beneficio. (Art. 63º de la Ley 12.207).*