

PENSIÓN

..... de de 201.....

SEÑOR PRESIDENTE DE LA CAJA
DE PREVISIÓN Y SEGURO MÉDICO
SU DESPACHO

.....
(Nombre y apellido completos del solicitante)

LC/LE/DNI.....fecha de nacimiento.....Nro. CUIT/CUIL, con
domicilio real en la localidad de, calle

Nro. Piso depto Teléfono., en mi carácter de
..... del Dr.....
(Vínculo)

Matrículafallecido el día del mes de de.....

por mi propio derecho y en representación de:

.....DNI/CUIL/CUIT.....
(Nombre y apellido)
..... Fecha de nacimiento.....
(Vínculo)

.....DNI/CUIL/CUIT.....
(Nombre y apellido)
..... Fecha de nacimiento.....
(Vínculo)

.....DNI/CUIL/CUIT.....
(Nombre y apellido)
..... Fecha de nacimiento.....
(Vínculo)

dirijo a Ud. la presente a fin de solicitar el beneficio de **PENSIÓN**, de conformidad con las disposiciones de la Ley 12.207 (modificada por leyes 12.696 y 13.314) y su reglamentación que estimo me corresponde, notificándome acerca de la documentación y formalidades que a tal fin debo presentar.

A todos los efectos de la presente solicitud, constituyo domicilio especial en calle.....nº.....piso.....depto.....de la localidad de.....donde se tendrán por válidas la totalidad de las notificaciones y/o requerimientos que se formulen. Dirección de e-mail

Sin otro particular, saludo a Ud. con mi mayor consideración.

.....
Firma y aclaración

En caso de que el peticionante sea médico, indicar N° de matricula.....

CERTIFICO que la firma precedente ha sido suscripta en mi presencia por el/la
Sr/a.....
DNI N°.....
.....
Firma y Aclaración del Funcionario Interviniente