

OPCIÓN DE COBRO COMPLEMENTO POR PONDERACIÓN

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> JUBILACIÓN ORDINARIA | <input type="checkbox"/> JUBILACIÓN POR EDAD AVANZADA |
| <input type="checkbox"/> JUBILACIÓN RADIÓLOGOS/RADIOTERAPISTAS | <input type="checkbox"/> JUBILACIÓN POR CONVENIO DE RECIPROCIDAD |
| <input type="checkbox"/> JUBILACIÓN EXTRAORDINARIA | <input type="checkbox"/> JUBILACIÓN PARA MÉDICOS CON DISCAPACIDAD PREVIA A LA GRADUACIÓN |

1.- DATOS DEL/LA BENEFICIARIO/A

Nombre y Apellido _____

Matrícula del afiliado/a _____

Tipo y Nº Documento _____

2.- OPCIÓN DE COBRO UCP

Habiendo cumplimentado los requisitos para el alta de pago de la Jubilación que me otorgara la Caja de Previsión y Seguro Médico de la Provincia de Buenos Aires, en los términos del Art. 9 inc. a) de la Reglamentación de Ponderación de Beneficios manifiesto que ejerzo la opción de cobro de las UCP acumuladas en mi cuenta individual conforme seguidamente indico:

- Cuotas según Reglamentación vigente** (indicar en números la cantidad de cuotas)

Edad	Cantidad de cuotas	OPCIÓN
Hasta 69 años	48 a 120	
De 70 a 74 años	36 a 120	
De 75 a 79 años	30% al contado y el saldo de 24 a 120	
Más de 80 años	50% al contado y saldo de 6 a 120	

- Opción de cobro Renta Vitalicia** (indicar con X)

Con causahabiente	
Sin causahabiente	

LUGAR Y FECHA: _____

FIRMA Y ACLARACIÓN

CERTIFICO que la firma precedente ha sido suscripta en mi presencia

Firma y Aclaración del Funcionario Interviniente