

## 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