JUBILACIÓN ORDINARIA / EXTRAORDINARIA/
POR EDAD AVANZADA/ POR CONVENIO DE RECIPROCIDAD/
PARA MEDICOS CON DISCAPACIDAD PREVIA A LA GRADUACION

…… de……..…..

Sr. Director de la Caja de
Previsión y Seguro Médico Distrito.....
Dr. .....

Por medio de la presente y luego de haber cumplimentado los requisitos necesarios para la tramitación del beneficio de Jubilación Ordinaria / Extraordinaria / Por Edad Avanzada / Por Convenio de Reciprocidad / Para Médicos con Discapacidad previa a la graduación (*), notifico al Sr. Director de la Caja de Previsión y Seguro Médico de la Provincia de Buenos Aires, que solicito la devolución de U.C.P. de acuerdo a la Reglamentación vigente, en la cantidad de cuotas según consigno a continuación:

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	

Renta Vitalicia	Con causahabiente	
	Sin causahabiente	

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

……..
Firma, Aclaración y Matrícula

(*) Tachar lo que no corresponda

CERTIFICO que la firma precedente ha sido suscripta en mi presencia por el/la :

Sr/a.....

DNI Nº.....

.....
Firma y Aclaración del Funcionario Interviniente

FP 001/13 Rev. 004