

SOLICITUD DE COBERTURA POR FALLECIMIENTO

☐ PENSIÓN

☐ PENSIÓN Y SUBSIDIO POR FALLECIMIENTO

1.- AFILIADO/A FALLECIDO/A

NOMBRE Y APELLIDO												
MATRÍCULA PROFESIONAL												
FECHA FALLECIMIENTO (DD/MM/AAAA)			/			/						

2.- DATOS SOLICITANTE

NOMBRE Y APELLIDO												
DOCUMENTO (TIPO Y NÚMERO):												
CUIT/CUIL			-								-	
DOMICILIO PARTICULAR (CALLE Y NÚMERO – PISO/DEPARTAMENTO)												
LOCALIDAD:										CP:		
DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO												
TELÉFONO CELULAR												

3.- CARÁCTER EN QUE EFECTUA LA PETICIÓN

☐ CÓNYUGE ☐ CONVIVIENTE EN APARENTE MATRIMONIO ☐ HIJO/A MAYOR DE EDAD ☐ HIJO/A CON DISCAPACIDAD ☐ EN REPRESENTACIÓN DE HIJOS/HIJAS MENORES ☐ OTRO

EN CASO DE COMPLETAR OTRO ACLARAR:

4.- DATOS DE HIJOS/AS (MENORES DE EDAD Y/O MAYORES CON DISCAPACIDAD)

NOMBRE Y APELLIDO:												
Fecha Nacimiento (DD/MM/AAAA)			/			/						
DNI												
CUIL			-								-	

NOMBRE Y APELLIDO:												
Fecha Nacimiento (DD/MM/AAAA)			/			/						
DNI												
CUIL			-								-	

NOMBRE Y APELLIDO:												
Fecha Nacimiento (DD/MM/AAAA)			/			/						
DNI												
CUIL			-								-	

5.- DOCUMENTACIÓN QUE SE ACOMPAÑA

- ☐ DNI (ANVERSO Y REVERSO) SOLICITANTE/S
- ☐ CONSTANCIA CUIT/CUIL SOLICITANTE/S
- ☐ CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
- ☐ PARTIDA DE MATRIMONIO ACTUALIZADA (PETICIÓN CÓNYUGE)
- ☐ PRUEBA DE CONVIVENCIA (PETICIÓN CONVIVIENTE)
- ☐ PARTIDA DE NACIMIENTO DE HIJO/A (PETICIÓN ORIGINARIA HIJO/A)
- ☐ CERTIFICADO DE COLEGIACIÓN CON CANCELACIÓN DE MATRÍCULA
- ☐ PRUEBA DE EJERCICIO PROFESIONAL (PETICIÓN POR AFILIADO/A FALLECIDO/A EN ACTIVIDAD)
- ☐ FACTURA GASTOS DE SEPELIO
- ☐ REPRESENTACIÓN LEGAL O CONVENCIONAL (EN CASO DE REPRESENTACIÓN)
- ☐ CERTIFICADO ALUMNO REGULAR (HIJOS/AS MAYORES DE 18 AÑOS)
- ☐ CERTIFICACIÓN NEGATIVA DE ANSES (HIJOS/AS MAYORES DE 18 AÑOS)
- ☐ DOCUMENTACIÓN MÉDICA (HIJOS/AS CON DISCAPACIDAD)
- ☐ FORMULARIO RADICACIÓN SUCURSAL BANCARIA BANCO PROVINCIA o TALÓN PARA TRANSFERENCIA
- ☐ FORMULARIO OPCIÓN DE COBRO CUOTAS UCP (DE CORRESPONDER, PARA PENSIÓN DIRECTA)
- ☐ FORMULARIO INCORPORACIÓN SEGURO (NO OBLIGATORIO)
- ☐ OTRA DOCUMENTACIÓN:

6.- DECLARACIONES Y MANIFESTACIONES

- a) Constituyo domicilio especial (físico y electrónico) en los consignados en el ítem 2 de la presente solicitud.
- b) Estar en conocimiento marco legal y reglamentario aplicable, como también que en caso de corresponder el acuerdo del beneficio la liquidación de los haberes se realizara en función del régimen de aportación, tabla actuarial y reglamentaciones vigentes.
- c) DECLARO BAJO JURAMENTO NO CONOCER / CONOCER (TACHAR LO QUE NO CORRESPONDA) la existencia de otro/s causahabientes con derecho al beneficio, cuyos datos aporot:
- d) Me comprometo a reintegrar cualquier suma percibida en exceso en concepto de haberes de Pensión y/o de Subsidio por Fallecimiento.
- e) En caso de fallecimiento de afiliado beneficiario de Jubilación DECLARO BAJO JURAMENTO no haber percibido haberes posteriores al deceso. De existir haberes abonados con posterioridad me comprometo a efectuar su reintegro.
- f) En caso de disponerse el acuerdo del beneficio **me notifico que deberé presentar mensualmente** el Formulario **572 Web** a través del servicio "Sistema de Registro y Actualización de Deducciones del Impuesto a las Ganancias (SIRADIG) - Trabajador" del sitio web de ARCA. **Declaro conocer** que únicamente se considerarán las deducciones, desgravaciones, cargas de familia y otros conceptos deducibles a los efectos del cálculo mensual del Impuesto a las Ganancias, presentados a través de dicho Formulario web. Asimismo, en caso **de tener otro agente de retención me comprometo a notificar** a la Caja esa circunstancia a través de la presentación del citado Formulario vía web comprendiendo que en caso contrario la Caja de Médicos actuará como agente de retención.
IMPORTANTE: Para que el F.572 web sea considerado en el mes de liquidación, la presentación del mismo deberá realizarse **hasta el día 10** de cada mes **EXCEPTO** para el mes de **diciembre**, que deberán presentarse **hasta el día 5**.
- g) De corresponder el cobro de haberes retroactivos, *como consecuencia de sentencia judicial, allanamiento a la demanda o resolución de recurso administrativo por autoridad competente*, y de estar los mismos sujetos a retención del Impuesto a las Ganancias, **ejercicio** por el presente la **opción del inciso b) del Art. 24 de la Ley 20628 (Decreto 824/2019)** del citado impuesto, con el fin de que dichos montos sean imputados a los ejercicios fiscales que correspondan.

LUGAR Y FECHA:

.....
FIRMA Y ACLARACIÓN

ANEXO DECLARACIÓN JURADA

☐	SOLICITUD DE PENSIÓN DE HIJO/A MAYOR DE EDAD QUE ESTUDIA Y NO TRABAJA
- DECLARO BAJO JURAMENTO que no realizo actividades remuneradas, obligándome a notificar cualquier modificación en mi situación. - DECLARO BAJO JURAMENTO no ser beneficiario de prestaciones NO CONTRIBUTIVAS otorgadas por otros sistemas previsionales. - ME COMPROMETO a notificar cualquier modificación en mi situación de estudio y/o trabajo, como también a petitionar la baja del beneficio en caso de corresponder	
☐	SOLICITUD DE PENSIÓN HIJO/A MAYOR DE EDAD CON DISCAPACIDAD
- DECLARO BAJO JURAMENTO encontrarme incapacitado/a para el trabajo y no realizar actividades remuneradas. - DECLARO BAJO JURAMENTO haber estado a cargo del/la causante a la fecha del fallecimiento. - DECLARO CONOCER y ACEPTAR que la presente solicitud se encuentra sujeta a la evaluación médica que realice la Caja y resolución que establezca el H. Directorio	

LUGAR Y FECHA:

.....

FIRMA Y ACLARACIÓN