

Frente

Solicitud de Prestación de: _____

I- Datos Personales	Del Solicitante	Del Afiliado Fallecido
Número de Afiliación		
Organismo		
Apellido/s y Nombre/s completos		
Apellido de Soltera		
Fecha de Nacimiento		
Lugar de Nacimiento		
Nacionalidad		
Sexo		
Estado Civil		
Fecha de Matrimonio		
Fecha de Separación o Divorcio		
Fecha de Nuevo Matrimonio		
Documento de Identidad	LE/LC/DNI N°:	LE/LC/DNI N°:
	C.I. N°:	C.I. N°:
	Expedida por:	Expedida por:
Fecha de Ingreso al País		
Fecha de Egreso del País		
Fecha de Fallecimiento		
Causa del Fallecimiento		
Lugar de Fallecimiento		
Apellido y Nombre/s de los Padres		
Domicilio Completo		
En País de Residencia		
En País de Origen		
Tiene otro Beneficio Previsional en Argentina ?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desde: _____ N° de Expediente: _____ N° de Beneficio: _____ Entidad Gestora. _____ Desde: _____ Número: _____	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desde: _____ N° de Expediente: _____ N° de Beneficio: _____ Entidad Gestora. _____ Desde: _____ Número: _____

5- Datos del Representante Legal / Tutor o Curador
(Llenar únicamente en caso de solicitante menor de edad o incapacitado)

Apellido/s y Nombre/s: _____

Documento de Identidad: Tipo: _____ N°: _____ CI. N°: _____

Expedida por: _____

Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____ Sexo: _____ Nacionalidad: _____

(*) Estado Civil: Soltero/a - Casado/a - Viudo/a - Divorciado/a _____

Domicilio Completo: _____

Firma / Impresión Digital

Declaro bajo juramento que los datos proporcionados son correctos y completos y que me comprometo a informar cualquier cambio que pudiera influir sobre el derecho al beneficio que gestionó

Lugar y Fecha de Presentación

Firma / Impresión Digital del Solicitante

Certificación de Datos e Identidad por Autoridad Competente

Certifico que los datos personales del Solicitante, los de sus familiares con derecho a Pensión, como los del Representante Legal / Tutor / Curador, consignados en este formulario son copia fiel de los obrantes en el /los documento/s que se indica/n, y que tuve a la vista y que la/s firma/s y/o impresión/es digital/es fue/ron colocada/s en mi presencia.

Lugar y Fecha de Recepción

Firma Funcionario Certificante