CAPROME
CAJA DE PROFESIONALES MÉDICOS

FORMULARIO SOLICITUD PRESTACIONES- (F1)
(en todos los casos marcar lo que corresponda)

JUBILACIóN ORDINARIA ☐ **JUBILACIóN POR INVALIDEZ** ☐ **PENSION POR FALLECIMIENTO** ☐

(Rellenar en todos los casos)

DATOS DEL AFILIADO

Apellido y Nombre/s: .....

Domicilio: ..... Nº: ..... Piso: ..... Dpto: .....

Localidad- Pcia.: ..... País: ..... Cód. Postal: .....

LE-LC-DNI- Doc. Extranjero Nº: ..... CUIT Nº: .....

Teléfono: ..... e-mail: .....

Fecha de nacimiento ...../...../..... Estado civil:..... Cese matricula: no ☐ si ☐ fecha ...../..../....

Nacionalidad..... Fecha ingreso al país: ..... /...../.....

Persona de contacto: Apellido y nombre.....

Teléfono: ..... e-mail: .....

(Rellenar únicamente para solicitud de pensión)

Fecha Fallecimiento Afiliado /Jubilado: ...../...../.....

Inscripción: Tomo: ..... Folio: ..... Jurisdicción: .....

DATOS DEL CONYUGE O CONVIVIENTE: (si corresponde)

Apellido y nombre/s: .....

Domicilio: .....Nº: .....Piso: .....Dpto.: .....

Localidad- Pcia.: ..... País: ..... Cód.Postal: .....

Fecha de Nacimiento: ...../...../..... DNI Nº: ..... CUIT Nº: .....

Teléfono..... e-mail: .....

(en todos los casos marcar lo que corresponda)

casados legalmente ☐ conviviente ☐

Reside en el país?: ..... Posee hijos en común?: SI - NO Tiene algún otro beneficio?: .....

Clase: ..... Nº de Beneficio: ..... Ente pagador: .....

Trabaja en relación de dependencia?: SI - NO EMPLEADOR: .....

CUIT DEL EMPLEADOR: ..... FECHA DE INGRESO.....

.....

FIRMA Y ACLARACION DEL SOLICITANTE

<u>DATOS HIJO/S</u>: (MENORES DE 18 AÑOS O INCAPACITADOS)

Apellido y nombre/s: ..... Sexo: M - F

Domicilio: .....Localidad- Pcia: .....Cód. Postal: .....

DNI Nº: ..... Nº de CUIT/CUIL: .....

Fecha de nacimiento:...../..../.....Inscripción: Tomo:..... Folio:..... Jurisdicción:.....

Actividad que realiza:..... Estado civil:.....

Indicar escolaridad que cursa: .....

Se encuentra laboralmente incapacitado?: SI - NO Reside en el país: SI - NO

Goza de jubilación, Pensión, Retiro, o Prestación no contributiva: SI – NO

Clase: ..... Nº de Beneficio:..... ENTE PAGADOR: .....

Apellido y Nombre/s del Tutor o Curador (**SI NO ES EL SOLICITANTE**):.....

Domicilio: ..... Localidad-Pcia:.....

Apellido y nombre/s: ..... Sexo: M - F

Domicilio: .....Localidad- Pcia: .....Cód. Postal: .....

DNI Nº: ..... Nº de CUIT/CUIL: .....

Fecha de nacimiento:...../..../.....Inscripción: Tomo:..... Folio:..... Jurisdicción:.....

Actividad que realiza:..... Estado civil:.....

Indicar escolaridad que cursa: .....

Se encuentra laboralmente incapacitado?: SI - NO Reside en el país: SI - NO

Goza de jubilación, Pensión, Retiro, o Prestación no contributiva: SI – NO

Clase: ..... Nº de Beneficio:..... ENTE PAGADOR: .....

Apellido y Nombre/s del Tutor o Curador (**SI NO ES EL SOLICITANTE**):.....

Domicilio: ..... Localidad-Pcia:.....

.....

FIRMA Y ACLARACION DEL SOLICITANTE