

CERTIFICADO DE SUPERVIVENCIA

DATOS DEL BENEFICIARIO

APELLIDOS Y NOMBRES:

PROFESIÓN: MAT.: DOC. NRO.:

DOMICILIO:

TELÉFONO: CELULAR:

CORREO ELECTRÓNICO:

PRESTACIÓN (1):

<input type="checkbox"/>	Jubilación
<input type="checkbox"/>	Jubilación Extraordinaria
<input type="checkbox"/>	Pensión

En caso de PENSIÓN:

Apellidos y nombres del Causante:

Parentesco con el Causante:

El que suscribe el presente, en su carácter de beneficiario de prestación previsional arriba indicada, acordada por la Caja de Seguridad Social para Odontólogos y Bioquímicos de Salta, comparece ante la autoridad certificante, para comprobar su SUPERVIVENCIA al día de la fecha.

_____, _____ de _____ de 20____

Firma del declarante _____

Aclaración del declarante _____

- (1) Marcar con (X) lo que corresponda
(2) Escribano Público, Juez de Paz, Presidente o Director de la Caja de Seg. Soc. Odont y Bioq., Autoridad Bancaria o Policial

Autoridad Certificante (2)

ACUSE DE RECEPCIÓN

Se ha recibido el certificado de supervivencia el día: _____

Firma Recepción

Sello de la Caja

*** El mismo certificado debe presentarse en la Sede de la Caja en los meses Febrero y Agosto (Jubilados) y Febrero, Agosto y Noviembre (Pensionados) o enviarlo por correo electrónico al mail elenacajaobsalta@gmail.com o al Whatsapp de la Caja 3874871714**

*** La falta de presentación del certificado suspenderá el pago del haber mensual correspondiente.**