

## SOLICITUD DE SALDO FINAL DE CAPITALIZACION POR

JUBILACION ORDINARIA  JUBILACION POR INVALIDEZ

### I - DATOS PERSONALES

Unidad <input type="text"/>	Nº de Control <input type="text"/>	Fecha de Nacimiento <input type="text"/>
Apellido <input type="text"/>	Nombres <input type="text"/>	
Documento Tipo: <input type="text"/>	Nº <input type="text"/>	Estado Civil <input type="text"/>
Domicilio: Calle <input type="text"/>	Número <input type="text"/>	
Piso <input type="text"/>	Dpto. <input type="text"/>	Localidad <input type="text"/> C.P. <input type="text"/>
Provincia <input type="text"/>	Teléfono <input type="text"/>	
Fecha de Baja <input type="text"/>	Apellido y Nombre del Conyuge <input type="text"/>	
Documento Tipo: <input type="text"/>	Nº <input type="text"/>	Fecha Nacimiento <input type="text"/>

### II - CONDICIONES GENERALES

En ambos casos deberá adjuntarse:

- Fotocopia del Acuerdo de Jubilación extendido por la ANSeS.
- 1º recibo de cobro de la jubilacion.
- Ultimo recibo de haberes en actividad.
- Comprobante de CBU.

Lugar y Fecha .....

.....  
Firma del Solicitante

### III - CERTIFICACION

Certifico que los datos consignados anteriormente son correctos y que la firma precedente corresponde a quien tramita la presente solicitud.

Código de Representante

.....  
Firma y sello del Representante

Controló

Vº Bº

## SOLICITUD DE SALDO FINAL DE CAPITALIZACION POR FALLECIMIENTO

### I - DATOS DEL ASOCIADO FALLECIDO EN ACTIVIDAD

Unidad  N° de Control  Fecha de Fallecimiento   
Apellido  Nombres

### II - DATOS DEL SOLICITANTE

Apellido  Nombres   
Documento Tipo:  N°  Estado Civil   
Domicilio: Calle  Número   
Piso  Dpto.  Localidad  C.P.   
Provincia  Teléfono   
Carácter Invocado

### III - CONDICIONES GENERALES

Se deberá adjuntar una fotocopia del acta de defunción y la documentación que acredite la relación con el asociado fallecido, consignada en «**Carácter Invocado**». En el caso de «Beneficiario designado», la constancia obra en el FOCOMFA y en consecuencia solamente se adjunta el acta de defunción.

Lugar y Fecha ..... Firma del Solicitante

### IV - CERTIFICACION

Certifico que los datos consignados anteriormente son correctos y que la firma precedente corresponde a quien tramita la presente solicitud.

Código de Representante  ..... Firma y sello del Representante

Controló

Vº Bº