



Fondo Compensador Fuerza Aérea Personal Civil

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
<input type="text"/>

Vº Bº
<input type="text"/>

Matrícula INAES 666 Capital Federal

Sede Central: Paraná 666 (C1017AAN) CABA Telfax: (011) 4370-9850

Filial Córdoba: Av. Colón 335 1º piso local 46 (X5000EPD) Córdoba Telefax: (0351) 425-1367 / 423-9274



Fondo Compensador Fuerza Aérea Personal Civil

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

Matricula INAES 666 Capital Federal

Sede Central: Paraná 666 (C1017AAN) CABA Telfax: (011) 4370-9850

Filial Córdoba: Av. Colón 335 1º piso local 46 (X5000EPD) Córdoba Telefax: (0351) 425-1367 / 423-9274