



DECLARACION JURADA POR COMPLEMENTOS IMPAGOS

Quien suscribe.....

DNI/LC/LE.N°domiciliado/a.en.....N°Piso.....
tel.....Localidad..... Pcia.....C.P.....

acredita el fallecimiento de.....

DNI/LC//LE.N°Legajo.N°:.....,en su carácter de (*).....

....., **declara bajo juramento** que: 1) el deceso **NO/SI** genera beneficio de pensión; 2) que **NO** se ha iniciado Juicio Sucesorio; 3) que **NO/SI** existen otros derechohabientes (#) y **solicita** se le abonen los complementos pendientes de cobro y/o los gastos sufragados por última enfermedad y/o sepelio, imputándose a complementos impagos, para lo cual acompaña:

(*) **Familiares directos: cónyuge, hijos o padres.**

- Certificado de Defunción.
- Acta de Matrimonio.
- Sentencia de Divorcio (o certificado de defunción del primer esposo/a)
- Acta de Nacimiento de hijos y/o hijastros.
- Nota autenticada -con carácter de declaración jurada- manifestando si es único heredero; de ser varios herederos (#), deberá individualizarlos con sus domicilios y tachar el NO del punto 3) de la Declaración, agregando: a) Autorización o poder para el cobro de cada uno (a su nombre), con copia del D.N.I. de los poderdantes; b) Últimos seis (6) recibos de esta Caja Complementaria (No de jubilación o pensión) percibidos por el fallecido.
- Facturas pagas de gastos de sepelio a su nombre y/o última enfermedad.
- Constancia de la Caja Previsional u Obra Social, de que los gastos de sepelio o última enfermedad no fueron reintegrados..
- Copia del D.N.I.

A falta de familiares directos sólo a través de requerimiento judicial.

Firma del solicitante

Certifico que la firma que antecede ha sido puesta en mi presencia y los datos indicados coinciden con el documento exhibido.

Lugar y fecha

Sello

Firma funcionario certificante

Importante: Las copias y autorizaciones deben ser autenticadas y certificadas por Escribano, Juez, autoridad policial, personal de esta Caja o personal de las seccionales gremiales con firma registrada ante esta Caja.

CÓDIGO PENAL

Art. 296 – El que hiciera uso de un documento o certificado falso o adulterado, será reprimido como si fuera autor de la falsedad; Art. 298 – Cuando alguno de los delitos previstos en estos capítulos fuera ejecutado por un funcionario público con abuso de sus funciones, el culpable sufrirá además, inhabilitación absoluta por doble tiempo de la condena

Caja Complementaria de Previsión para la Actividad Docente
Adolfo Alsina 875 (C1087AAM) - Línea rotativa: 4348-2100 y telefax: 4342-2132/35 4342-4076/78
Línea gratuita con límite de tiempo: 0800-333-6236. Atención al Público de 9.00 a 16.00 hs.
E-Mail: beneficios@cajadocente.com.ar// Página WEB: www.cajadocente.com.ar