



CAJA DE SEGURIDAD SOCIAL PARA ODONTOLOGOS Y BIOQUIMICOS DE SALTA

FONDO DE COBERTURA SOCIAL Y ADICIONAL SUBSIDIO POR FALLECIMIENTO

SOLICITUD N°

De acuerdo a lo establecido en el Reglamento del citado Fondo (FOCOB), solicito el pago del subsidio por fallecimiento, siendo los datos requeridos los siguientes:

1.- DATOS DEL AFILIADO TITULAR FALLECIDO

Apellido: Nombres:
Profesión: Afiliado N°
Documento: Tipo y N° Fecha Fallecimiento:/...../.....
Teléfono (Fijo y/o Celular): Correo Electrónico:

2.- DATOS DE LOS BENEFICIARIOS

Nombre y Apellido: Parentesco: DNI:
Nombre y Apellido: Parentesco: DNI:
Nombre y Apellido: Parentesco: DNI:
Nombre y Apellido: Parentesco: DNI:

3.- DOCUMENTACION PRESENTADA

- * Acta de Nacimiento o copia certificada (actualizada) de cada beneficiario
- * Fotocopia DNI de los beneficiarios
- * Acta de fallecimiento del afiliado fallecido o copia certificada (actualizada)
- * Certificación cumplimiento de aportes previsionales y al FOCOB. Verificado:

4.- DISPOSICIONES APLICABLES

Tomo conocimiento y expreso mi conformidad a las disposiciones contenidas en el Reglamento del FOCOB y las específicas que se transcriben a continuación:

Se acordará por fallecimiento del afiliado activo o pasivo. La Caja liquidará el subsidio a los familiares o personas designadas por el afiliado, por una suma equivalente a 150 unidades previsionales (\$ 15.750,00). En el caso de los jubilados al momento de entrada en vigencia del presente régimen, tendrán una carencia de doce meses, para tener derecho al presente subsidio.-

Para la procedencia del beneficio, el afiliado deberá designar a los beneficiarios en caso de fallecimiento y la proporción para cada uno; tal designación quedará archivada en la Caja. Podrán ser familiares directos (hijos, padres o hermanos o nietos) o terceros designados al efecto. En caso de no designarse beneficiarios, la Caja podrá acordar el mismo a los familiares que lo soliciten, previa presentación de nota que indique los familiares directos (en este caso, solamente hijos o padres).

Salta

Afiliado:

Aclaración:.....

Recibido por:

5.- RESOLUCIÓN DIRECTORIO Y LIQUIDACION

Verificada la documentación en cuestión y la procedencia del subsidio, se procede a liquidar la suma de \$ a nombre del afiliado, según Orden de Pago N° y Cheque N°c/Banco Macro

Por el Directorio: