

FORMULARIO DE SOLICITUD DE JUBILACIÓN

Instructivo para completarlo por autogestión

Cumpliendo con los requisitos de edad: 60 años y Aportes: 25 Años, puede iniciar el trámite de solicitud de jubilación. Esta metodología digital permite agilizar el trámite y economizar el gasto de envío postal. También, muestra la información que posee la Caja respecto del grupo familiar y beneficiarios del subsidio mutual, permitiéndoles modificar, agregar o eliminar los mismos.

Aclaración: la solicitud de jubilación tiene el carácter de declaración junto con la documentación respaldatoria requerida que cargue de forma digital.

¿Cómo completar el formulario?

Paso 1: ingresar al sistema de autogestión con su Usuario y Clave

Paso 2: Dirigirse a la pestaña “Trámites”, luego a “Régimen Previsional” y por último al botón “Solicitud de Jubilación”



Paso 3: Si el afiliado tiene pendiente alguna obligación, el sistema desplegará un alerta a fin de que se comunique con el personal administrativo para regularizar. Si el afiliado no tiene obligaciones pendientes el cartel no aparecerá.

Caja PREVER

Atención - Solicitud de Jubilación

Estimado/a Afiliado/a:

Según obra en nuestros registros Ud.

- Se encuentra deudor del Resumen Mensual de Cuenta
- Se encuentra deudor de Aportes Mínimos Anuales

Tenga en cuenta que deberá cancelar esta/s obligación/es para obtener el beneficio jubilatorio.

Solicitamos se comunique con nosotros a la brevedad al Tel. 0343-43111110 o por mail a beneficios@cajaprever.org.ar

Atención:

Sólo se deben ingresar letras y números sin guiones, espacios, puntos ni signos. Si tiene algún símbolo deberá borrarlo a fin de poder continuar con la carga del formulario en el sistema.

Paso 4: El sistema mostrará los **Datos personales**, según los registros en la Caja, a fin de que el afiliado complete / modifique si fuera necesario. Luego hacer click en **continuar**.

I) DATOS PERSONALES

Afiliado

Apellido/s(completo)

Nombre/s(completo)

Fecha de Nacimiento

Estado civil

Documento de Identidad

Tipo

Número

Clave Identificación Tributaria

Tipo

Número

Correo Electronico

Domicilio Legal *

Calle

Nro.

Piso

Dpto.

Localidad

Cod. Pos.

Provincia

Teléfono

Teléfono Móvil

* El domicilio legal es donde Ud. desea recibir la correspondencia

I) DATOS PROFESIONALES

Título

Colegio

Fecha de Recibido

Cancelar ✕

Continuar →

Paso 5: El sistema mostrará los **Datos del grupo familiar**, según los registros en la Caja, a fin de que el afiliado agregue / modifique / elimine si fuera necesario.
 Luego hacer click en **continuar**.
 Sólo se deben ingresar letras y números. Si tiene algún símbolo deberá borrarlo a fin de poder continuar

**SOLICITUD DE JUBILACION
COMPOSICION GRUPO FAMILIAR**

Solicitud Nro.: _____

Afiliado Nro.: _____

Declaro bajo juramento que los datos consignados son fiel expresión de la realidad

Parentesco	Apellido/s y Nombre/s	Tipo Y Nro de Documento	Fecha de Nacimiento	Estudios	Obra Social	Acciones
ESPOSO/A	██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	 
HIJO/A	██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	 
HIJO/A	██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	 
HIJO/A	██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	 
ADHERENTE	██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	 

Editar 

Eliminar 

Agregar 

Salir  

Paso 6: El sistema mostrará los **Datos de la composición de Institución de beneficiario**, según los registros en la Caja, a fin de que el afiliado agregue / modifique / elimine si fuera necesario.
 En esta pantalla se podrá agregar un nuevo beneficiario desde los familiares cargados en la pantalla anterior o uno nuevo que no sea familiar
 La suma de los porcentajes asignados debe ser igual a 100 %
 Luego hacer click en **continuar**.
 Sólo se deben ingresar letras y números. Si tiene algún símbolo deberá borrarlo a fin de poder continuar

**SOLICITUD DE JUBILACION
SUBSIDIO MUTUAL POR FALLECIMIENTO**
Art. 52 DL 1030/62 L.F.
INSTITUCION DEL BENEFICIO

Solicitud Nro.: _____

22 de Marzo de 2018

Afiliado Nro.: _____

Conforme a lo prescripto por el Art. 53 del Decreto Ley 1030/62 L.F. En el caso de fallecimiento, instituyo como beneficiario/s del Subsidio Mutual a:

Apellido/s y Nombre/s	Tipo Y Nro de Documento	Parentesco	Fecha de Nacimiento	Domicilio Actual	% (*)	Acciones
██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	50	 
██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	25	 

* De no indicar el porcentaje, el beneficio será proporcional a cada beneficiario.

Salir  

Paso 7: Última pantalla. Seleccionar las opciones propias del formulario de jubilación, respecto al tipo de beneficio a solicitar, continuidad en el sistema subsidio mutual, fondo de trasplante y los datos bancarios. Luego deberá adjuntar la documentación requerida. Tenga en cuenta que los puntos 1 (**Constancia de cancelación definitiva de matrícula profesional otorgada por el Colegio respectivo en el ámbito de la Provincia de Entre Ríos**) y el punto 5 (**Partida de nacimiento del afiliado**) son obligatorios, de no adjuntarse no podrá ingresar el trámite.

Finalmente presionar **continuar** y por último grabar la solicitud.

Declaro bajo juramento que los datos consignados son fiel expresión de la realidad

Tipo de Beneficio

ORDINARIO

Beneficio Jubilatorio/Pensionario en Otra Caja SI Poseo NO Poseo

Subsidio Mutual Deseo continuar adherido NO deseo continuar adherido

Seguro de Sepelio Poseo otro NO poseo otro

Seguro Asistencial: SIN PLAN

Centro de Jubilados SI Deseo Adherir NO Deseo Adherir

+ INFO

Forma de Pago

POSEO CUENTA NUEVO BERSA

Aclaración

Tener en cuenta que el afiliado debe ser el único titular de la cuenta informada.

En caso de no poseer cuenta, se realizará la apertura de una cuenta ingreso en el banco Nuevo BERSA

Se admitirá otra forma de pago, que no sea alguna de las Instituciones Bancarias mencionadas, sólo en el caso que no exista Sucursal en el lugar de residencia del beneficiario. En tal caso presentar constancia de CBU.

Tipo de Cuenta

CAJA DE AHORRO

N° CBU

\$

N° de Cuenta

\$

Sucursal

\$ PARANA - CASA CENTRAL

DOCUMENTACION REQUERIDA

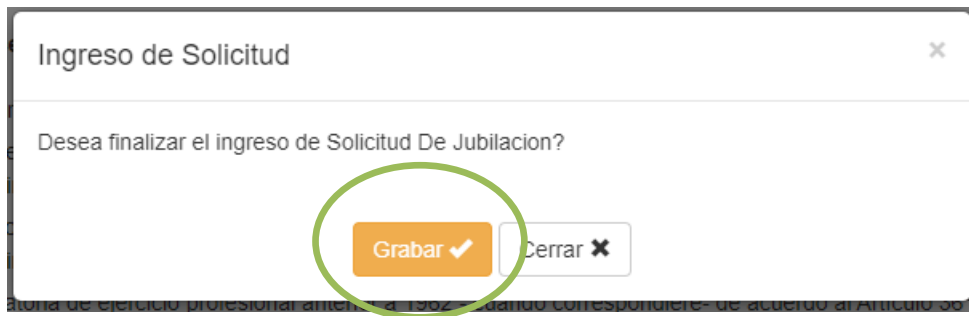
- 1*) **Constancia de cancelación definitiva de matrícula profesional otorgada por el Colegio respectivo en el ámbito de la Provincia de Entre Ríos;**
 Ningún archivo seleccionado
- 2*) Constancias de cancelación definitiva de la matrícula profesional ante Colegios o Consejos de otros ámbitos provinciales;
 Ningún archivo seleccionado
- 3*) Constancia de renuncia a trabajos en relación de dependencia e inscripciones en función de su aptitud profesional y/o título habilitante;
 Ningún archivo seleccionado
- 4*) Documentación probatoria de ejercicio profesional anterior a 1962 - cuando correspondiere- de acuerdo al Artículo 36° 2° párrafo del Decreto - Ley N° 1030/62;
 Ningún archivo seleccionado
- 5*) **Partida de nacimiento del afiliado**
 Ningún archivo seleccionado
- 6*) Partida de matrimonio o copia de la libreta de familia
 Ningún archivo seleccionado
- 7*) Partida de nacimiento de familiares con posible derecho a pensión
 Ningún archivo seleccionado
- 8*) Informe de Incapacidad Total Física Transitoria o Permanente según modelo de Caja, y certificados médicos (únicamente para beneficio extraordinario)
 Ningún archivo seleccionado

DOCUMENTACIÓN DIGITAL OBLIGATORIA

Notas:

- El tamaño máximo del archivo seleccionado no puede superar los 2MBytes.
- Las extensiones válidas de los archivos son: jpg, jpeg, png y pdf.

Salir



Paso 8: Para mayor información puede comunicarse por correo electrónico a beneficios@cajaprever.org.ar

