

**CAJA MUNICIPAL DE  
JUBILACIONES Y PENSIONES**  
SAN GERÓNIMO 2985  
TEL: 0342-4523606 // 0342-4536133

**CERTIFICADO DE  
SUPERVIVENCIA  
FLIAR. INCAPACITADO**

**Nº BENEFICIO:** ..... y/o **DOC. De ID Nº:** ..... (Corresponde al del titular del beneficio).(1)

En la Ciudad de Santa Fe, Provincia de Santa Fe, a los ..... días del mes de ..... de 2.013.-

**COMPARECE** ante mí la/el Sra/Sr (2) ..... quien

se identifica con DNI, LC, CI Nº: ..... Nacida/o el Día: ..... Mes: ..... Año: ..... a los

efectos de **comprobar su existencia** y que **vive y se domicilia** en la

calle ..... de la localidad

de ..... Provincia de Santa Fe.-

Observaciones: .....

Expedido el presente a solicitud del interesado, para ser remitido a la CAJA MUNICIPAL DE JUBILACIONES Y PENSIONES DE SANTA FE.-

\_\_\_\_\_  
Firma o impresión digital del Incapaz

\_\_\_\_\_  
Personal autorizado y que certifica

**Nota:** De no recibirse el presente dentro de los sesenta (60) días de solicitado, se dejará de liquidar la Asignación Familiar por Incapacidad.-

El titular del beneficio *está obligado* a presentar el “CERTIFICADO DE SUPERVIVENCIA DE ESPOSA” Y/O “DE FAMILIAR INCAPACITADO” para percibir en tiempo y forma las asignaciones correspondientes. Este requisito es de presentación ANUAL y solicitada por esta institución, generalmente en el mes de Octubre de cada año, por lo que el mismo deberá ser remitido a la Caja dentro de los 60 días subsiguientes. Deberá ser llenado por la autoridad local competente a tal fin, siendo necesario munirse con la documentación que acredite su identidad.

**Referencias del llenado:**

**(1) Corresponde al Nº de beneficio de Jubilación o Pensión del titular o en su defecto Doc. De Identidad del mismo, a fin de establecer y determinar si corresponde o no el pago de la asignación.-**

**(2) Referido a los datos de la Cónyuge o Familiar incapaz por quien se percibe la asignación**