



*Caja de Previsión y Seguridad Social
de Abogados y Procuradores de la Provincia de Córdoba*

27 DE ABRIL 842 - TEL. 4230618 - 4235900 - 4227279 - FAX 0351 - 4230618
Servicio Médico: 27 de Abril 849 - Tel.: (0351) 4232750 - 4255178 - 5000 Córdoba
e-mail: información@caja-abogados.com.ar

Córdoba, de de-

Señor Presidente
Caja de Previsión y Seguridad Social de
Abogados y Procuradores de la Provincia
de Córdoba

S / D

De mi mayor consideración:

.....
.....
LE/LC/DNI:, (parentesco) del afiliado/a
fallecido/a nro. Doctor/a
..... con domicilio real en
calle nº piso dpto.
barrio de la Ciudad de
CP Teléfono comparece ante el Señor
Presidente y dice:

Que reuniendo los requisitos fijados por la Ley
Provincial N° 8.404 (t.o. Ley N° 6.468), viene por la presente a solicitar el beneficio de
SUBSIDIO POR FALLECIMIENTO para, lo cual solicita se efectúen los tramites pertinentes
para ello.-

Sin otro particular, saludo al señor Presidente muy
atentamente.-

.....
Firma



*Caja de Previsión y Seguridad Social
de Abogados y Procuradores de la Provincia de Córdoba*

27 DE ABRIL 842 - TEL. 230618 - 235900 - 227279 - FAX 051 - 230618 - 5000 CORDOBA

Servicio Médico: 27 de Abril 849 - Tel.: (051) 232750 - 255178 - 5000 Córdoba

e-mail: información@caja-abogados.com.ar

REQUISITOS

1. Acta de defunción (certificada o legalizada).-
2. Recibo de gastos de sepelio ORIGINAL (debe estar a nombre de quien lo solicita).-
3. Fotocopia del DNI del solicitante (certificada por la Institución).-
4. Libre deuda de la Institución.