



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

27 DE ABRIL 842 - 5000 Córdoba – Teléfono (0351) 4235900  
www.caja-abogados.org.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:

.....  
..... DNI: .....,  
(parentesco)..... Del Afiliado/a fallecido/a Nro. ....  
Doctor/a.....  
con domicilio en calle..... N°.....  
Piso ..... Dpto. .... Barrio..... de la Ciudad  
de..... CP..... Teléfono .....,  
e-mail .....

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 **PENSIÓN  
Y SUBSIDIO POR FALLECIMIENTO** para lo cual solicita se efectúen los trámites pertinentes  
para ello.

Declaro bajo juramento que soy esposo/a legítimo/a, conviviente de  
Doctor/a..... Por  
matrimonio contraído bajo las leyes argentinas y que **si / no** estoy separado/a de hecho.

Sin otro particular, saludo al señor Presidente muy  
atentamente.

Indicar fecha de nacimiento del solicitante (----/----/----).

**El o la solicitante debe manifestar si es el o la única beneficiaria, si sus hijos son menores o  
mayores de edad y si entre ellos alguno presenta discapacidad.**

X tache lo que no corresponda

.....

Firma



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

27 DE ABRIL 842 - 5000 Córdoba – Teléfono (0351) 4235900  
www.caja-abogados.org.ar

**REQUISITOS DE PENSIÓN Y SUBSIDIO POR FALLECIMIENTO**

1. Acta de defunción (certificada o legalizada).
2. Acta de matrimonio (certificada o legalizada).
3. Si hubiera hijos menores de edad adjuntar partidas de nacimiento (certificadas o legalizadas) y certificados de estudio.
4. Declaración jurada firmada por Juez de Paz, Escribanía o Autoridad Policial de Dos testigos que declaren bajo juramento que a la fecha del fallecimiento del causante convivía con su esposo/a. (Formulario Adjunto)
5. Fotocopia del DNI de los beneficiarios (certificada por la Institución).

En el caso de Abogado Activo agregar Certificado de Situación de Matrícula Profesional expedido por el Colegio correspondiente y no tener deuda en la Caja.

**El monto de la pensión es del 75% de la jubilación ordinaria vigente. El beneficio se incrementará en un 5% por cada hijo menor de 18 años o incapacitado que concurra.**



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

27 DE ABRIL 842 - 5000 Córdoba – Teléfono (0351) 4235900  
www.caja-abogados.org.ar

Córdoba, ..... / ..... / .....

Declaramos bajo juramento que, a la fecha de fallecimiento del Doctor/a  
..... Afiliado N°.....  
DNI ..... convivió con.....  
DNI.....en el domicilio sito en  
calle.....de la ciudad de  
..... Provincia de Córdoba.

Firma: \_\_\_\_\_

Apellido y Nombre:

D.N.I.

Firma: \_\_\_\_\_

Apellido y Nombre:

D.N.I.