



**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 2024

A LA CAJA DE PREVISIÓN Y SEGURIDAD
SOCIAL DE ABOGADOS Y PROCURADORES
DE LA PROVINCIA DE CÓRDOBA

S. _____ / _____ D.

De mi mayor consideración:

_____ DNI _____,
con domicilio en _____ N° _____ Piso _____
Dpto. _____ B° _____ de la ciudad de _____
(CP _____), Tel./ Cel. _____ e-mail _____,
en mi carácter de _____ del/a Dr/a. _____,
afiliado/a N° _____, fallecido/a el día ____/____/_____, comparezco ante Ustedes y
digo:

Que reuniendo los requisitos fijados por la Ley Provincial N° 6468 (T.O. Ley N° 8404), vengo por la presente a solicitar los beneficios de **PENSIÓN Y SUBSIDIO POR FALLECIMIENTO**.

Declaro bajo juramento no haberme encontrado separado/a de hecho del/a causante al momento del deceso.

Sin otro particular, saludo muy atentamente.

Marcar lo que corresponda:

- Único/a beneficiario/a
- Hijo/s menor/es de edad (Datos en el reverso)
- Hijo/s mayor/es de edad con discapacidad (Datos en el reverso)

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

-Hijos menores de edad

- | | | | |
|----|--------------------|------------------|------------------|
| 1) | _____ | _____ | ____/____/____ |
| | Nombres y Apellido | Doc. Nac. Id. N° | Fecha Nacimiento |
| 2) | _____ | _____ | ____/____/____ |
| | Nombres y Apellido | Doc. Nac. Id. N° | Fecha Nacimiento |
| 3) | _____ | _____ | ____/____/____ |
| | Nombres y Apellido | Doc. Nac. Id. N° | Fecha Nacimiento |
| 4) | _____ | _____ | ____/____/____ |
| | Nombres y Apellido | Doc. Nac. Id. N° | Fecha Nacimiento |

-Hijos mayores de edad con discapacidad

- | | | | |
|----|--------------------|------------------|------------------|
| 1) | _____ | _____ | ____/____/____ |
| | Nombres y Apellido | Doc. Nac. Id. N° | Fecha Nacimiento |
| 2) | _____ | _____ | ____/____/____ |
| | Nombres y Apellido | Doc. Nac. Id. N° | Fecha Nacimiento |



***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

DECLARACIÓN JURADA

Los abajo firmantes, declaramos bajo juramento de ley que a la fecha de su fallecimiento, el/la Dr/a. _____ DNI _____
convivía con su cónyuge _____ DNI _____
en el domicilio sito en _____
de la ciudad/localidad de _____.

Firma

Firma

Nombres y Apellido

Nombres y Apellido

D.N.I.

D.N.I.

CERTIFICACIÓN
Lugar y fecha,



***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 del/a afiliado/a (digitalizada, Cidi).
2. Acta de matrimonio (actualizada y digitalizada).
3. Si hubiera hijos menores de edad: partidas de nacimiento (digitalizadas) y certificados de estudio, de corresponder.
4. Declaración jurada firmada por ante Escribano, Juez de Paz, Autoridad Policial u otro fedatario de dos testigos que declaren bajo juramento que a la fecha del fallecimiento del/a causante, éste/a convivía con su cónyuge. (Formulario Adjunto)
5. Fotocopia del DNI del/os beneficiario/s (certificada por la Institución).
6. En el caso de convivencia en aparente matrimonio, deberá acreditar la misma mediante prueba documental y testimonial suficientes.
7. En el caso de Abogado Activo: Certificado de situación de matrícula profesional expedido por el Colegio correspondiente.

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