



FORMULARIO F.13

Sello Fechador

# FONDO DE COBERTURA ADICIONAL SUBSIDIO SOLIDARIO PRE-BENEFICIO

SOLICITUD N° \_\_\_\_\_

## RUBRO 1: DATOS DEL SOLICITANTE

Apellidos y Nombres: \_\_\_\_\_

Profesión: \_\_\_\_\_ Afiliado Nro.: \_\_\_\_\_ CUIT/CUIL: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Tipo de Documento: \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

Estado Civil: \_\_\_\_\_ Domicilio: \_\_\_\_\_

Localidad: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Mail: \_\_\_\_\_

*Tomo conocimiento y expreso mi conformidad a las disposiciones contenidas en el Reglamento del FOCOB y las específicas que se transcriben a continuación:*

*Se acordará a los afiliados activos que se encuentren a menos de seis meses de cumplir la edad legal jubilatoria (65 años), que acrediten el cumplimiento estricto de sus aportes previsionales y FOCOB, y que certifiquen mediante la documentación correspondiente que no pueden ejercer la profesión por razones de salud crítica, hayan o no percibido previamente el subsidio por incapacidad temporaria. El monto del subsidio será equivalente al valor del aporte correspondiente a la categoría F y al aporte del FOCOB.*

Firma y Aclaración:

## RUBRO 2: DATOS DE CUENTA BANCARIA

Banco: \_\_\_\_\_ Nro. de cuenta: \_\_\_\_\_

CBU o Alias: \_\_\_\_\_

## RUBRO 3: DATOS COMPLEMENTARIOS

Patología: \_\_\_\_\_

Médico Especialista Certificante: \_\_\_\_\_

Fecha de Certificado: \_\_\_\_\_ Origen de la Discapacidad: \_\_\_\_\_

## RUBRO 4: INFORME ADMINISTRATIVO

<input type="checkbox"/>	Copia DNI del afiliado	<b>Recepción y verificación:</b>
<input type="checkbox"/>	Certificado médico / estudios	
<input type="checkbox"/>	Edad mínima requerida (64 años y 6 meses)	<b>Control:</b>
<input type="checkbox"/>	Cumplimiento de aportes previsionales y FOCOB	
<input type="checkbox"/>	Constancia de CBU	<b>Observaciones:</b>
<input type="checkbox"/>		

## RUBRO 5: RESOLUCIÓN DIRECTORIO

Verificada la documentación en cuestión y la procedencia del subsidio, \_\_\_ (SI/NO) se procede a liquidar el subsidio solicitado.

Unidades Previsionales: \_\_\_\_\_ al valor de \$ \_\_\_\_\_, siendo el monto total a liquidar de \$ \_\_\_\_\_

Firma DIRECTORIO: