

**Departamento de Control de Opciones**

Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Solicitud de Unificación de Aportes entre cónyuges**

Me dirijo a ustedes a fin de solicitar la Unificación de Aportes entre cónyuges.

Mi nombre y apellido es \_\_\_\_\_

CUIL \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_.

**Marcar según corresponda, trabajo como:**  Monotributista  Relación de dependencia

Servicio Doméstico  Soy Jubilado/a o pensionado/a

El nombre y apellido de mi cónyuge/concubino/a es \_\_\_\_\_

CUIL \_\_\_\_\_

**Marcar según corresponda, mi cónyuge/concubino/a, trabaja como:**  Monotributista

Relación de dependencia  Servicio Doméstico  Soy Jubilado/a o pensionado/a

Con motivo de gozar los mismos beneficios y concentrar los aportes en uno de los Agentes del Seguro según lo establece el Capítulo III del Dto.292/95 y en virtud del art. 1 de la Ley 23.660 inc. a), b), c) y h) que establece la posibilidad de unificación de aportes entre cónyuges, **solicitamos que se unifiquen en** \_\_\_\_\_

RNAS \_\_\_\_\_

Firma del beneficiario titular

Firma del cónyuge/concubino

Dirección \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Localidad \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

Teléfono (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Mail \_\_\_\_\_

**Adjunto copias imprescindibles para realizar este trámite:**

- . DNI - frente y dorso de ambos cónyuges.
- . Certificado de matrimonio o concubinato.
- . Además según corresponda: **FOTOCOPIA DE AMBOS BENEFICIARIOS**

**Relación de Dependencia:** Certificado Laboral o en su defecto copia de recibo de sueldo donde figure la Obra social de la rama de la actividad.

**Monotributista:** F184. F152, último comprobante de pago.

**Monotributista social:** Inscripción en el Registro Nacional de Efectores de Desarrollo Local y Economía Social.

**Servicio doméstico:** F102 AFIP, último comprobante de pago.

**Jubilado o Pensionado:** Último recibo de haberes - Certificación del vínculo otorgado por ANSES.