



Ministerio de Seguridad  
Caja de Retiros, Jubilaciones y Pensiones  
de la Policía Federal



## SOLICITUD DE PENSIÓN

### DATOS DEL CAUSANTE

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

Estado Civil: \_\_\_\_\_ Tipo y N° Documento.: \_\_\_\_\_

Fecha Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Fecha Defunción: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Domicilio Asentado en la Partida de Defunción: \_\_\_\_\_

Activo, Retirado, Jubilado o Pensionado: \_\_\_\_\_

Organismo: \_\_\_\_\_

Jerarquía: \_\_\_\_\_ Clase y Beneficio: \_\_\_\_\_

### SOLICITANTE

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

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Lugar: \_\_\_\_\_ CUIL/CUIT \_\_\_\_\_

Nacionalidad: \_\_\_\_\_ Tipo y N° Documento: \_\_\_\_\_

Vínculo con el fallecido: \_\_\_\_\_

Estado Civil: \_\_\_\_\_ Separado de hecho (SI / NO) \_\_\_\_\_

### CONSTITUCION DE DOMICILIO REAL DEL SOLICITANTE

Calle \_\_\_\_\_ CP: \_\_\_\_\_

Entre calles: \_\_\_\_\_

Localidad/Partido: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

**NOTA:** El domicilio real se tendrá por válido a los efectos de las notificaciones que deban efectuarse mientras no se denuncie su cambio por ante este Organismo.-

### POR SÍ Y EN REPRESENTACION DE (EN CASO DE CORRESPONDER)

1-Apellidos y Nombres \_\_\_\_\_

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

Vínculo con el fallecido: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_

Discapacitado (SI / NO): \_\_\_\_\_



*Ministerio de Seguridad  
Caja de Retiros, Jubilaciones y Pensiones  
de la Policía Federal*



2 -Apellidos y Nombres \_\_\_\_\_

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

Vínculo con el fallecido: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_

Discapacitado (SI / NO): \_\_\_\_\_

3-Apellidos y Nombres \_\_\_\_\_

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

Vínculo con el fallecido: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_

Discapacitado (SI / NO): \_\_\_\_\_

**APODERADO O REPRESENTANTE (EN CASO DE CORRESPONDER)**

Apellido y Nombre: \_\_\_\_\_

Tipo y N° documento: \_\_\_\_\_ Vínculo con el solicitante: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ CP: \_\_\_\_\_

Localidad/Partido: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Mail: \_\_\_\_\_

Documentación presentada que acredita Poder o Representación: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

LUGAR Y FECHA: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
FIRMA Y SELLO FUNCIONARIO CERTIFICANTE (\*)

\_\_\_\_\_  
FIRMA Y ACLARACION DEL SOLICITANTE

(\*) Únicamente podrán certificar funcionarios de la Caja de Retiros, Jubilaciones y Pensiones de la Policía Federal, de la Policía Federal Argentina, de Policías Provinciales, Gendarmería, Prefectura Naval, funcionarios autorizados por la CRJPPF de la SMSV u otras entidades, Juez o Secretario de Paz del Fuero Civil, Comercial o de la Seguridad Social, Federal o Provincial, Escribano con Registro y Directores de Hospitales, Clínicas, Sanatorios o Geriátricos, Nacionales, Provinciales, Municipales o Privadas, estos últimos, en los casos de solicitantes internados en establecimientos bajo su jurisdicción.