



Santa Fe,.....

BAJA DEL FORMULARIO INSTITUCION DE BENEFICIARIO DE

En la fecha la/el abajo firmante DNI N°
manifiesta/o mi voluntad de RETIRAR LA INSTITUCIÓN DE BENEFICIARIOS número de conformidad
con lo dispuesto en el artículo 18°, última parte, de la ley 13.758.
No siendo para más, previa lectura firma para constancia.

.....
Firma del afiliado

Declara domicilio actual en:
Teléfono:
Correo electrónico:

CERTIFICO que la firma que antecede corresponde al

Señor/a.....

Y ha sido puesta en mi presencia.

Lugar y fecha..... de

.....
Firma y sello (1)

(1) Juez, Secretario de Juzgado, funcionario de la Caja o escribano.

(*) En caso de certificar un Escribano Público, la misma deberá estar acompañada por la foja especial de certificación y, si no es de la Provincia de Santa Fe, legalización (a la vista).

NOTA: La recepción de la presente baja de Institución de beneficiario, por la parte de la Caja, no otorga la calidad de afiliado del instituyente.
Complete este formulario sin enmiendas ni raspaduras.

PARA TENER EFICACIA EL PRESENTE DEBE SER RECIBIDO POR LA CAJA ANTES
DE OCURRIR EL FALLECIMIENTO DEL INSTITUYENTE.