



## ANEXO SOLICITANTES DE PAGO HABERES PENDIENTES

FOR-HAB-003

DEBERÁ COMPLETARSE ESTE FORMULARIO CUANDO LOS SOLICITANTES SON MÁS DE 4.

### DATOS DEL AFILIADO FALLECIDO

APELLIDOS Y NOMBRES

NRO DE AFILIADO

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

### SOLICITANTES NO INCLUIDOS EN EL FORMULARIO DE PAGO DE HABERES PENDIENTES

#### SOLICITANTE 5

VÍNCULO CON EL AFILIADO:

APELLIDOS Y NOMBRES

FECHA DE NACIMIENTO			DOCUMENTO		CELULAR		NRO TELEFONO	
DÍA	MES	AÑO	TIPO	NUMERO	COD PAIS	COD AREA		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	+54	0 <input type="text"/>	15	<input type="text"/>

CORREO ELECTRONICO

#### DOMICILIO

CALLE:	<input type="text"/>	Nº	<input type="text"/>	<input type="text"/>	DPTO.	<input type="text"/>
C.P.:	<input type="text"/>	LOCALIDAD:	<input type="text"/>	PROVINCIA:	<input type="text"/>	

#### SOLICITANTE 6

VÍNCULO CON EL AFILIADO:

APELLIDOS Y NOMBRES

FECHA DE NACIMIENTO			DOCUMENTO		CELULAR		NRO TELEFONO	
DÍA	MES	AÑO	TIPO	NUMERO	COD PAIS	COD AREA		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	+54	0 <input type="text"/>	15	<input type="text"/>

CORREO ELECTRONICO

#### DOMICILIO

CALLE:	<input type="text"/>	Nº	<input type="text"/>	PISO:	<input type="text"/>	DPTO.	<input type="text"/>
C.P.:	<input type="text"/>	LOCALIDAD:	<input type="text"/>	PROVINCIA:	<input type="text"/>		

#### SOLICITANTE 7

VÍNCULO CON EL AFILIADO:

APELLIDOS Y NOMBRES



FECHA DE NACIMIENTO			DOCUMENTO		CELULAR			NRO TELEFONO	
DÍA	MES	AÑO	TIPO	NUMERO	COD PAIS	COD AREA			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	+54	0 <input type="text"/>	15 <input type="text"/>		

CORREO ELECTRONICO

DOMICILIO

CALLE:	<input type="text"/>	Nº	<input type="text"/>	PISO:	<input type="text"/>	DPTO.	<input type="text"/>
C.P.:	<input type="text"/>	LOCALIDAD:	<input type="text"/>	PROVINCIA:	<input type="text"/>		

**SOLICITANTE 8**

VÍNCULO CON EL AFILIADO:

APELLIDOS Y NOMBRES

FECHA DE NACIMIENTO			DOCUMENTO		CELULAR			NRO TELEFONO	
DÍA	MES	AÑO	TIPO	NUMERO	COD PAIS	COD AREA			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	+54	0 <input type="text"/>	15 <input type="text"/>		

CORREO ELECTRONICO

DOMICILIO

CALLE:	<input type="text"/>	Nº	<input type="text"/>	PISO:	<input type="text"/>	DPTO.	<input type="text"/>
C.P.:	<input type="text"/>	LOCALIDAD:	<input type="text"/>	PROVINCIA:	<input type="text"/>		

**EN CASO DE EXISTIR MÁS SOLICITANTES, DEBERÁ COMPLETAR OTRO FORMULARIO COMO ESTE.**

**CONFORMIDAD DE NOTIFICACIONES POR MAIL**

PRESTO MI CONFORMIDAD PARA QUE SE ME NOTIFIQUE LA RESOLUCION QUE SE DICTE AL CORREO ELECTRONICO ESPECIFICADO EN EL PRESENTE FORMULARIO.

**ACLARACION**

EL PRESENTE FORMULARIO DEBERA SER FIRMADO SI SE PRESENTA EN FORMATO PAPEL IMPRESO. NO SERA NECESARIA LA FIRMA MANUSCRITA SI LA SOLICITUD SE ENVIA POR UN MEDIO DIGITAL, EN CUYO CASO DEBERÁ COMPLETAR TODA LA INFORMACION Y ENVIARLO EN FORMATO PDF A TRAVES DE ALGUNO DE NUESTRO MEDIOS DIGITALES.

/  /   
FECHA

\_\_\_\_\_  
FIRMA

\_\_\_\_\_  
ACLARACIÓN DE FIRMA

\_\_\_\_\_  
FIRMA

\_\_\_\_\_  
ACLARACIÓN DE FIRMA

\_\_\_\_\_  
FIRMA

\_\_\_\_\_  
ACLARACIÓN DE FIRMA

\_\_\_\_\_  
FIRMA

\_\_\_\_\_  
ACLARACIÓN DE FIRMA