

Fecha de Solicitud dd/mm/aa			Fecha de Recepción dd/mm/aa		

Marcar con una "x" el que corresponda

Beneficio Solicitado	<input type="checkbox"/> Fallecimiento Titular	<input type="checkbox"/> Nacimiento	<input type="checkbox"/> Adopción	<input type="checkbox"/> Casamiento
	<input type="checkbox"/> Fallecimiento del Conyuge	<input type="checkbox"/> Salud Tratamiento	<input type="checkbox"/> Boda de Oro	<input type="checkbox"/> Bodas de Plata
	<input type="checkbox"/> Fallecimiento del Hijo	<input type="checkbox"/> Salud Habitacional	<input type="checkbox"/> Geriátrico	

Apellido y Nombre del Socio	SOCIO N°
Nombre Sucursal	CODIGO
Tipo de Cuenta <small>tachar lo que no corresponda</small> CA Caja de Ahorros - CC Cuentas Corrientes	N° Cta:
NOMBRE TITULARIDAD DE LA CUENTA	CUIL:
CBU:	
MAIL:	
DIRECCION:	

**Para Casamiento / Bodas de Plata/ Bodas de Oro** Ver documentación solicitada en el reglamento

Nombre y Apellido del Cónyuge	
Fecha de Nupcias: ddmmaa / /	Documento Tipo y N°:

**Para Nacimiento o Adopción** Ver documentación solicitada en el reglamento

Nombre y Apellido del Cónyuge	
Nombre y Apellido del Nacido	
DNI:	Fecha de Nacimiento: ddmmaa / /

**Por Razones de Salud** Ver documentación solicitada en el reglamento

Nombre y Apellido del Titular	
Obra Social	
DNI:	Fecha de Nacimiento: ddmmaa / /

**Por Fallecimiento del Titular** Ver documentación solicitada en el reglamento

Nombre y Apellido del Cónyuge	
Fecha Deceso: ddmmaa / /	Documento Tipo y N°:
Tenía Cobertura de Sepelio <small>Marcar con una "x" el que corresponda</small>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Vigencia desde: ddmmaa / /

**Por Fallecimiento de Cónyuge o Hijo o Padre a cargo** Ver documentación solicitada en el reglamento

Nombre y Apellido del Cónyuge/Hijo	
Fecha Deceso: ddmmaa / /	Documento Tipo y N°:
Tenía Cobertura de Sepelio <small>Marcar con una "x" el que corresponda</small>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Vigencia desde: ddmmaa / /

**Por Asistencia en Geriátrico** Ver documentación solicitada en el reglamento

Nombre Institución::	Teléfono:
Mail Inst:	CUIT Inst:
Domicilio Legal:	Mes/Año:

Firma del Solicitante

<b>DOCUMENTACION ADJUNTA COTEJADA CON SU ORIGINAL</b>
Sello y Firma Gerente de la sucursal o Jefe Administrativo de Casa Central/Plaza de Mayo (Sólo para el personal en actividad)

**Importante:**

El socio dispone de 60 días corridos desde el acontecimiento para solicitar el pago del mismo. En el caso que la solicitud supere dicho periodo, **deberá ser acompañada por una nota en la cual justifique su presentación fuera de término, la cual deberá ser intervenida por el Gerente de la sucursal o Jefe Administrativo de Casa Central/Plaza de Mayo.** Transcurrido 180 días corridos del acontecimiento, caduca el derecho a exigir y ser acreedor del beneficio.

Para estar en condiciones de solicitar el beneficio, se deberán cumplir con lo establecido en el reglamento, integrar el Formulario de Beneficios y adjuntar la respectiva documentación respaldatoria.

Por cualquier consulta, ingresar a nuestra página <http://funcionarios-bna.com.ar/> donde encontrarán toda la reglamentación correspondiente y los montos a percibir.

De otorgarse el subsidio, el monto que se abonara por el beneficio solicitado será el vigente a la fecha del suceso.

**RESERVADO ASOCIACION CIVIL DEL PERSONAL JERARQUICO PROFESIONAL Y TECNICO DEL BNA****Documentación presentada:**

<input type="checkbox"/>	DNI de los Conyugues / Padres / Padres Adoptivos.
<input type="checkbox"/>	Partida / Certificado de Matrimonio / Libreta de Matrimonio
<input type="checkbox"/>	Partida / Certificado de Nacimiento
<input type="checkbox"/>	Resolución de Tenencia Definitiva emitida por Juzgado Interviniente
<input type="checkbox"/>	DNI del Hijo Adoptado
<input type="checkbox"/>	Partida / Certificado de Defunción – Cónyuge, Hijo, Padre o Titular
<input type="checkbox"/>	Formulario 37990 del BNA
<input type="checkbox"/>	Orden Médica / Historia Clínica / Obra Social / Valor Presupuestado
<input type="checkbox"/>	Factura de la Locación
<input type="checkbox"/>	Habilitación Geriátrico – Constancia CUIT (frecuencia semestral)
<input type="checkbox"/>	Factura Mensual Geriátrico

**Monto Otorgado:**

.....  
Revisó

.....  
Jefe Administrativo

.....  
P/Secretario

.....  
P/Tesorería

.....  
P/Presidencia