



La Civil

Asociación Civil del Personal Jerárquico,
Profesional y Técnico del BNA.

BENEFICIOS

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"/> Fall. de Conyuge	<input type="checkbox"/> Fall. de hijo	<input type="checkbox"/> Boda de Oro	<input type="checkbox"/> Bodas de Plata
	<input type="checkbox"/> Salud	<input type="checkbox"/> Geriátrico		

Apellido y Nombre del Socio	SOCIO N°
Nombre Sucursal	CODIGO
Tipo de Cuenta tachar lo que no corresponda 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 al dorso

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

Para Nacimiento o Adopción

Ver documentación solicitada al dorso

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

Por Razones de Salud

Ver documentación solicitada al dorso

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

Por Fallecimiento del Titular

Ver documentación solicitada al dorso

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

Por Fallecimiento de Cónyuge o Hijo o Padre a cargo

Ver documentación solicitada al dorso

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

Por Asistencia en Geriátrico

Ver documentación solicitada al dorso

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

Firma del Solicitante

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

Notas:

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 solicitar los beneficios de la presente solicitud, los interesados deberán adjuntar la respectiva documentación, la cual se puede verificar en nuestra página

<http://funcionarios-bna.com.ar/> en el apartado **SERVICIOS-ACCION SOCIAL-ANEXO**

En el mismo apartado encontrarán los montos a percibir por el beneficio invocado.

RESERVADO ASOCIACION CIVIL DEL PERSONAL JERARQUICO PROFESIONAL Y TECNICO DEL BNA

Páguese la Suma de \$ _____, en concepto de _____

Documentación presentada:

<input type="checkbox"/>	DNI de los Conyuges / 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"/>	Habilitación Geriátrico – Constancia CUIT (frecuencia semestral)
<input type="checkbox"/>	Factura Mensual Geriátrico

.....
Revisó

.....
Jefe Administrativo

.....
P/Secretario

.....
P/Tesorería

.....
P/Presidencia