

____ DE _____ DE 20____

REF.: SUBSIDIO POR FALLECIMIENTO

(Si falleció un afiliado a cargo del Titular)

Al Sr.

**Presidente del Directorio
de la OSPJN**

Dr. Mariano Althabe

S _____ / _____ D

AFILIADO/A TITULAR: _____ N° _____ / _____

DOMICILIO: _____ LOCALIDAD: _____

TELÉFONO: _____ MAIL: _____

Tengo el agrado de dirigirme a Ud. a fin de solicitarle quiera tener a bien, se me otorgue el Subsidio por Fallecimiento de mi:

_____, Afiliado N° _____ / _____
Parentesco _____ Apellido y Nombre _____

Observaciones: _____

Firma del Titular

Se adjunta la siguiente documentación solicitada por la Obra Social:

Copia del acta de Defunción _____ Si No

Copia del último recibo de sueldo del afiliado titular _____ Si No

Copia del último recibo de pago de cuota social, en el caso de afiliado titular jubilado,
pensionado y/o extraordinario _____ Si No

Se solicita informar **CBU** al mail tesoreria@ospjn.gov.ar, completando y adjuntando la documentación solicitada en el siguiente link: <https://www.ospjn.gov.ar/files/PlanillaDebitoAutAfilia1.pdf>

Nota: 1. El plazo para su presentación es de un año a partir de la fecha del fallecimiento.

2. En el caso de que el Afiliado titular tuviese Apoderado consignar los datos personales en Observaciones con su firma y aclaración; asimismo deberá adjuntar a esta nota copia del Poder autenticado ante Escribano Público Nacional.

Importante: El pago se realiza mediante transferencia bancaria. Completar y adjuntar la documentación solicitada en el siguiente link: <https://www.ospjn.gov.ar/files/PlanillaDebitoAutAfilia1.pdf>, luego enviarla a tesoreria@ospjn.gov.ar.

Para acceder al detalle de subsidios abonados ingresar a EXTRANET: <https://extranet.ospjn.gov.ar/ospjn.afiliados.mvc/Account/Login>