

\_\_\_\_ 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](mailto: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 Publico 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](mailto:tesoreria@ospjn.gov.ar).

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