



Caja de Profesionales  
Universitarios

Andes 1521 - Tel.: 2902 8941  
C.P. 11.100 - Montevideo - Uruguay  
www.cajadeprofesionales.org.uy

# SOLICITUD DE PENSIÓN POR INCAPACIDAD

DEPARTAMENTO DE SERVICIO MÉDICO

APELLIDOS Y NOMBRES DEL CAUSANTE: \_\_\_\_\_

Nº AFILIADO: \_\_\_\_\_ PROFESIÓN: \_\_\_\_\_

FECHA DE FALLECIMIENTO: \_\_\_\_\_

## DATOS DEL BENEFICIARIO:

APELLIDOS Y NOMBRES: \_\_\_\_\_

F. NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ C. IDENTIDAD: \_\_\_\_\_

RELACIÓN CON EL CAUSANTE: \_\_\_\_\_

DOMICILIO CONSTITUIDO (C.T.): \_\_\_\_\_

DEPARTAMENTO: \_\_\_\_\_ LOCALIDAD: \_\_\_\_\_

TEL.: \_\_\_\_\_ CELULAR: \_\_\_\_\_ E-MAIL: \_\_\_\_\_

## Se notifique que:

- que si a la fecha de fallecimiento del causante existe deuda exigible por cualquier concepto, los haberes pensionarios se devengarán desde el pago de dicha deuda.

Fecha

Firma

# DECLARACIÓN JURADA (gestionante)

Afiliado N°: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_

Montevideo, \_\_\_\_\_

En esta fecha comparece una persona de sexo \_\_\_\_\_ para declarar en el presente expediente, quien se compromete por su honor a decir la verdad en respuesta a las preguntas que se le formulen y dice llamarse \_\_\_\_\_, ser de nacionalidad \_\_\_\_\_, de estado civil \_\_\_\_\_, de profesión \_\_\_\_\_, tener \_\_\_\_\_ años de edad y \_\_\_\_\_ años de residencia en el país, domiciliarse en la casa sita en la calle \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ Ap. \_\_\_\_\_

Acredita su identidad con la \_\_\_\_\_

El declarante conoce la disposición contenida en el art. 239 del Código Penal aplicable por remisión del art. 136 de la ley 17.738 de 07.01.2004 que sanciona el falso testimonio con pena de tres a veinticuatro meses de prisión.

*El interrogatorio se realiza de acuerdo con el siguiente tenor:*

1- Diga el vínculo familiar que tenía con el / la causante:

\_\_\_\_\_

2- Diga si vivía con el causante, indicando donde vivía y desde cuándo tenían domicilio común:

\_\_\_\_\_

3- Diga si la casa en que vivían era propia o alquilada, indicando en el primer caso a quién pertenecía la finca y en el segundo, el monto del alquiler y nombre y domicilio del propietario:

\_\_\_\_\_

4- Diga si el causante sostenía sólo a la peticionaria o si tenía otros parientes a su cargo, mencionando el nombre de estos e indicando quienes vivían con él:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

5- Relacione los bienes de cualquier clase que posea, indicando de quien los hubo:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

6- Expresar la renta, profesión, pasividad, oficio y ocupación que haya tenido o tenga y declare su producto mensual:

---

---

---

---

7- Diga si su sustento estaba a cargo del causante y, en caso afirmativo, si lo era en forma total o principal:

---

8- Diga con quién vive, dónde y con qué recursos cuenta desde el fallecimiento del causante:

---

---

---

---

9- Diga si tiene padres, hijos o hermanos, indicando nombre, edad, estado civil, profesión y situación económica de cada uno de ellos:

---

10- Diga si recibió ayuda de alguna de las personas antes mencionadas o de otros, expresando de quién y en qué forma:

---

---

11- Diga qué personas pueden atestiguar lo manifestado, indicando nombres y domicilios:

---

---

---

---

12) ¿Tiene algo más que agregar a lo declarado?

---

---

---

---

Leída que fue la presente declaración, se ratifica de sus dichos y firma de conformidad con el funcionario actuante:

---

Firma del Solicitante o Curador