



Solicitud de Pago de Haberes

**Se deberá adjuntar al presente el Formulario de Autorización de Notificación Electrónica*

Lugar y fecha

Datos del Solicitante

C.I / Doc. Ext

1º Nombre

2º Nombre

1º Apellido

2º Apellido

Dirección

Departamento

Localidad

Código Postal

Teléfono

Celular

Correo Electrónico

En su calidad de - ante el Servicio de Retiros y Pensiones de las Fuerzas Armadas se presenta y expone:

Datos del Causante

Cédula de Identidad

1º Nombre

2º Nombre

1º Apellido

2º Apellido

Fecha de Fallecimiento

Estado Civil

Por lo dispuesto en el Art. 8 de la Ley N.º 13.033 de 07 de diciembre de 1961 y concordantes viene por la presente a solicitar se le abonen los haberes pendientes de pago al fallecimiento del causante. Las partidas justificativas al derecho se encuentran agregadas a la solicitud de: **(Completar por S.R.P.FF.AA.)**

A - Declara bajo juramento de decir la verdad y las responsabilidades civiles y penales consiguientes que :

Cantidad total y calidad de Causahabientes (incluido el declarante):

B - Conforme a los artículos 351 del Código Penal, 1.308, 1.309, 1.316, 2.086, del Código Civil, y demás disposiciones concordantes, complementarias y modificativas, producido el fallecimiento de un Pasivo Militar, cualquier cobro, total o parcial, de los haberes correspondientes de éste, sin el debido trámite ante el Servicio, por parte del cónyuge, herederos y/o terceros, apoderados o no, genera responsabilidad por el cónyuge y/o sucesores a cualquier título, por lo que cada uno de los comparecientes declara bajo juramento que asume la obligación solidaria e indivisible de devolver al S.R.P.FF.AA, las parte/s percibida/s por sus beneficiarios, conforme a la cantidad de cuotas que fijará la Dirección del S.R.P.FF. AA. En caso contrario, los herederos, a cualquier título, acordarán con este Servicio la forma de pago correspondiente.

C - Existió separación de bienes entre cónyuges. -

D - Existe testamento -

E - Concubino/a con Reconocimiento Judicial -

F - Autorizo a

, Cédula de Identidad Nro.

con domicilio en

para que haga efectivo el cobro de los haberes solicitados.

G - Desea percibir sus haber en : -

*En caso de cobro por cuenta bancaria, adjuntar certificado de cuenta

Observaciones:



Quien suscribe la presente declaración jurada declara que conoce las sanciones aplicables en caso de falsa declaración prevista por el Art. 239 del Código Penal**

Firma del titular: _____

Apoderado: Si ☐ No ☐

Aclaración de firma: _____

Nombre y Apellido: _____

C.I/ Doc.Ext: _____

Firma del Funcionario receptor: _____

Firma del apoderado: _____

Aclaración de firma: _____



**Art. 239 del Código Penal (Falsificación ideológica por un particular): El que, con motivo del otorgamiento o formalización de un documento público, prestare una declaración falsa sobre su identidad o estado, o cualquiera otra circunstancia de hecho, será castigado con tres a veinticuatro meses de prisión.