

SUBSIDIO POR FALLECIMIENTO

.....de.....de.....

SR. PRESIDENTE DE LA CAJA
DE PREVISION Y SEGURO MEDICO
SU DESPACHO

.....
(Nombre y apellido completos)

LC/LE/DNI.....fecha de nacimiento.....Nro. CUIT/CUIL,
con domicilio real en la localidad de, calle
Nro. Piso depto Teléfono., en mi carácter de
.....del Dr.....
(Vínculo)

Matrículafallecido el día del mes dede.....,
dirijo a Ud. la presente a fin de solicitar el beneficio de **SUBSIDIO POR FALLECIMIENTO**, de
conformidad con las disposiciones de la Ley 12.207 y su reglamentación que estima le corresponde,
notificándome acerca de la documentación y formalidades que a tal fin debo presentar.

A todos los efectos de la presente solicitud, constituyo domicilio
especial en calle.....nº.....piso.....depto.....
de la localidad de.....donde se tendrán por válidas la totalidad de las
notificaciones y/o requerimientos que se formulen.
Dirección de e-mail

Sin otro particular, saludo a Ud. con mi mayor consideración.

.....
Firma y aclaración

CERTIFICO que la firma precedente ha sido suscripta en mi
presencia por el/la :

Sr/a.....

DNI Nº.....

.....
Firma y Aclaración del Funcionario Interviniente