

**REINTEGRO DE GASTOS DE SEPELIO**

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

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

.....  
(Nombre y apellido completos del solicitante)

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)

Matrícula .....fallecido el día ..... del mes de .....de.....,  
dirijo a Ud. la presente a fin de solicitar el beneficio de **REINTEGRO DE GASTOS DE SEPELIO**, 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