

SUBSIDIO POR FALLECIMIENTO

..... de de

SEÑOR PRESIDENTE DE LA CAJA
DE PREVISIÓN Y SEGURO MÉDICO
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 CP..... Teléfono., en mi carácter de
.....del Dr.....
(Vínculo)

Matrículafallecido el día del mes dede.....

por mi propio derecho y en representación de:

.....DNI/CUIL/CUIT.....
(Nombre y apellido)

..... Fecha de nacimiento.....
(Vínculo)

.....DNI/CUIL/CUIT.....
(Nombre y apellido)

..... Fecha de nacimiento.....
(Vínculo)

.....DNI/CUIL/CUIT.....
(Nombre y apellido)

..... Fecha de nacimiento.....
(Vínculo)

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 estimo me 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.....CP.....donde se tendrán por válidas la totalidad de las notificaciones y/o requerimientos que se formulen.

Dirección de correo electrónico:.....

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
