

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, calleNro.....
Piso Depto. CP. Teléfono., en mi carácter dedel Dr.....
(Vínculo)

Matrículafallecido el día del mes dede....., 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..... 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