

**SOLICITUD DE COBERTURA POR FALLECIMIENTO
REINTEGRO DE GASTOS DE SEPELIO**

1.- DATOS SOLICITANTE:

NOMBRE Y APELLIDO													
DOCUMENTO (TIPO Y NÚMERO):													
CUIT/CUIL			-										-
DOMICILIO PARTICULAR (CALLE Y NÚMERO – PISO/DEPARTAMENTO)													
LOCALIDAD:											CP:		
DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO													
TELÉFONO CELULAR													

2.- DATOS AFILIADO/A FALLECIDO/A

NOMBRE Y APELLIDO													
MATRÍCULA PROFESIONAL													
FECHA FALLECIMIENTO (DD/MM/AAAA)			/			/							

3.- DOCUMENTACIÓN QUE SE ACOMPAÑA:

- DNI (ANVERSO Y REVERSO) SOLICITANTE
- CONSTANCIA CUIT/CUIL SOLICITANTE
- CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
- CERTIFICADO DE COLEGIACIÓN
- PRUEBA DE EJERCICIO PROFESIONAL (EN CASO DE FALLECIMIENTO DE AFILIADO/A EN ACTIVIDAD)
- FACTURA DE GASTOS DE SEPELIO
- TALÓN PARA TRANSFERENCIA
- OTRA DOCUMENTACIÓN:

4.- DECLARACIONES Y MANIFESTACIONES:

- a) Constituyo domicilio especial (físico y electrónico) en los consignados en el ítem 1 de la presente.
- b) Estar en conocimiento marco legal y reglamentario aplicable.

LUGAR Y FECHA:

.....
FIRMA Y ACLARACIÓN