

SOLICITUD DEL REINTEGRO POR GASTOS DE SEPELIO

AREA SUR

AREA NORTE.....

DATOS DEL CUSANTE

Apellido y Nombre:

Domicilio:Localidad:

Nº de Documento:Clave de Pago:

Fecha de Fallecimiento:

Empresa Fúnebre Prestataria:

DATOS DEL SOLICITANTE:

Apellido y Nombre:Tel:

Domicilio:Localidad:

Nº de Documento:

Lugar y Fecha:

DECLARO BAJO JURAMENTO QUE LOS DATOS CONSIGNADOS SON LA FIEL EXPRESIÓN DE LA VERDAD Y EL SUSCRITO SE HACE RESPONSABLE DE LOS RECLAMOS QUE PUDIERAN EFECTUAR TERCEROS CON DERECHO AL REINTEGRO. ASIMISMO ME NOTIFICO QUE ANTE MI IMPOSIBILIDAD DE PODER PERCIBIR EL REINTEGRO, LA PERSONA QUE PUDIERA DESIGNAR SERA PORTADORA DE PODER DE COBRO AUTORIZADO POR MI ANTE LA AUTORIDAD COMPETENTE.

.....
Certificación de la firma por autoridad competente
(Juez de Paz, Tribunales o Escribano Público)

.....
Firma del Solicitante

COMPROBANTES ADJUNTOS:

Credencial de I.A.P.O.S. del fallecido (**original**) – Recibo de Cobro (**1 fotocopia**) – Partida de Defunción (**1 fotocopia**) – Recibo o Factura de contado que acredite el pago del beneficio con las características del Servicio cajón con o sin metálico (**original**).

NOTA:

Las fotocopias deberán estar certificadas por autoridad competente, caso contrario, adjuntando los originales, la Oficina de Sepelio certificará la documentación.

PARA USO EXCLUSIVO DEL I.A.P.O.S.

CATEGORÍA DEL SINIESTRO:

Monto del Reintegro por Gastos de Sepelio:

VERIFICACIÓN DE AFILIACIÓN

Vº Bº OFICINA DE SEPELIO

.....
Firma y Sello

.....
Firma y Sello

En un todo de acuerdo con disposiciones vigentes, recibí conforme el reintegro solicitado de Pesos

Son \$

.....
Sello y Firma de Caja

.....
Firma

.....
Aclaración de Firma