

**SOLICITUD DE REINTEGRO
DE GASTOS POR SEPELIO LEY 4.764/94
FORM.VII.RES.26/18**

1 – IDENTIFICACIÓN DEL AFILIADO:

M.P.				
------	--	--	--	--

N° de CUIT/CUIL									

APELLIDO Y NOMBRE/S _____

2. – IDENTIFICACION DEL FALLECIDO:

APELLIDO Y NOMBRE/S _____

TIPO DE DOCUMENTO: _____ N°: _____ CUIT/CUIL _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

ESTADO CIVIL: _____ NACIONALIDAD: _____ SEXO _____

DOMICILIO REAL: _____

LOCALIDAD: _____ CÓDIGO POSTAL: _____

FECHA DE FALLECIMIENTO: _____ ACTA: _____ TOMO: _____ AÑO: _____ LUGAR: _____

PROVINCIA _____ PAIS: _____

3. – IDENTIFICACION DEL SOLICITANTE:

APELLIDO Y NOMBRE/S _____

TIPO DE DOCUMENTO: _____ N°: _____ CUIT/CUIL _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

ESTADO CIVIL: _____ NACIONALIDAD: _____ SEXO _____ PARENTEZCO CON EL CAUSANTE: _____

DOMICILIO REAL: _____

LOCALIDAD: _____ CÓDIGO POSTAL: _____

NUMERO DE CUENTA: _____ CBU(OPCIONAL): _____

BANCO: _____ TELEFONO: _____

4 – C.B.U: (Clave Bancaria Unificada).

TIPO DE CUENTA: _____

BANCO: _____

AUTORIZO TRANSFERENCIA A:

TITULAR DE CUENTA: _____

CUIT: _____

TIPO DE CUENTA: _____

BANCO: _____

CBU (Clave Bancaria Unificada): _____

5 - DESIGNACION DE APODERADO:

Designación de Apoderado para: Tramitar: **y/o Percibir** **o Tutor/Curador**

APELLIDO Y NOMBRE/S _____

TIPO DE DOCUMENTO: _____ N°: _____ CUIT/CUIL _____ TEL.CEL _____

DOMICILIO LEGAL: _____ LOCALIDAD: _____ CÓDIGO POSTAL: _____

EMAIL _____

Firma y Aclaración del Poderdante

Firma y Aclaración del Apoderado

LEY 4764/94 “ARTICULO 73: Para tener derecho a gozar de cualquiera de los beneficios que esta Ley otorga, los afiliados no deberán ser deudores de la Caja y deben haber cumplido con todas sus obligaciones con la misma o con su antecesora, Caja de Asistencia Social, cualquiera sea la causa de que se trate. A los afiliados que no cancelen las obligaciones precedentemente referidas, aparte de los intereses y recargos que correspondan imponerles, les serán suspendidos los beneficios que preste la entidad y, a su pedido, les será suspendida la matrícula profesional”.-



**SOLICITUD DE REINTEGRO
DE GASTOS POR SEPELIO LEY 4.764/94
FORM.VII.RES.26/18**

CARACTER DE DECLARACION JURADA DE LA PRESENTE: El presente formulario reviste el carácter de Declaración Jurada, debiendo ser completado sin omitir ni falsear ningún dato, sujetando a los infractores a las penalidades previstas en los Art. 172, 275 y 292 del Código Penal para los delitos de estafa, falso testimonio y falsificación de documentos.

Lugar y Fecha: _____

FIRMA Y ACLARACION DEL SOLICITANTE

CERTIFICACION DE IDENTIDAD Y FIRMA POR AUTORIDAD COMPETENTE:

Certifico que los datos personales del solicitante consignados en la presente, son copia fiel del/los obrantes en el/los documentos de identidad que en cada caso se indica/n y que tuve a la vista y que la firma estampada fue colocada en mi presencia.

Lugar y Fecha: _____

FIRMA, ACLARACION Y CARGO DE AUTORIDAD COMPETENTE



**SOLICITUD DE REINTEGRO
DE GASTOS POR SEPELIO LEY 4.764/94
FORM.VII.RES.26/18**

Documentación a presentar:

I – DOCUMENTACION A ACOMPAÑAR POR EL SOLICITANTE:

- Original de Factura de Gastos por Sepelio.
- Fotocopia de DNI de la/el solicitante.
- Acta de Defunción en original y copia (en mesa de entradas se procede a su certificación).
- Constancia de CBU. Para el supuesto de que el/la solicitante no sea titular de cuenta bancaria, deberá autorizar por escrito la transferencia de las sumas de dinero en concepto de pago del Beneficio Asistencial solicitado a una cuenta bancaria no propia.