



Solicitud de Reintegro Gastos de Sepelio

Fecha

Sr. Presidente de la Caja de Previsión y Seguro Médico De la Provincia de Buenos Aires
Su Despacho

Apellido/s y Nombre/s Documento DNI / LE / LC CUIT / CUIL

con Domicilio real en Calle / N° / Piso / Dpto. Teléfono eMail

en mi carácter de (mencionar vínculo)

del Dr. Matrícula N°

fallecido en fecha

se dirige al señor Presidente 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.

Declaro por la presente haberme notificado acerca de la documentación y formalidades que la misma debe cumplir, que debo presentar como prueba de lo antes manifestado para la viabilidad de la presente solicitud.

A todos los efectos de la presente solicitud, constituyo domicilio especial en

Domicilio particular: Calle / N° / Piso / Dpto. Localidad

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

Sin otro particular, saludo a Usted con mi mayor consideración.

Firma