

**• Datos del Beneficiario Fallecido**

Apellido:

Nombres:

Legajo:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

• Marcar con una cruz lo que corresponda

Doc. Identidad

L.C  L.E.  C.I.  D.N.I  Pasaporte

N°

Sexo

Masculino

Femenino

Fecha de Fallecimiento

Día	Mes	Año

Edad

Dependencia UTN .....

Observaciones .....

.....

.....

**• Datos Solicitante**

Apellido:

Nombres:

• Marcar con una cruz lo que corresponda

Doc. Identidad

L.C  L.E.  C.I.  D.N.I  Pasaporte

N°

Sexo

Masculino

Femenino

N° de Factura: .....

Monto: .....

Email

Calle:

Número:

Piso:

Depto.:

Código Postal:

Localidad:

Provincia:

Teléfono:

**Declaro expresamente que no se tramitó o tramitará similar compensación de gastos con otro prestador, financiador y/o compañía de seguro/sepelio.**

.....  
Lugar y Fecha

.....  
Firma del Solicitante

.....  
Aclaración