

• Datos personales de la persona beneficiaria fallecida (por favor completar en letra clara)

Apellido Nombre

Género D.N.I. N° Fecha de Fallecimiento Edad

Dependencia UTN Legajo

• Datos personales de la persona solicitante (por favor completar en letra clara)

Apellido Nombre

Género D.N.I. N°

Domicilio Calle N° Piso Depto.

C.P. Barrio Localidad Provincia

Teléfono Email

N° de factura Monto

CBU CUIL

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

Observaciones

.....

.....
Lugar y Fecha

.....
Firma de la persona solicitante

.....
Aclaración