

## • Datos personales del Beneficiario fallecido (por favor completar en letra clara)

Apellido  Nombre

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

Dependencia UTN  Legajo

## • Datos personales del solicitante (por favor completar en letra clara)

Apellido  Nombre

Sexo  D.N.I. N°

Domicilio Calle  N°  Piso  Depto.

C.P.  Barrio  Localidad  Provincia

Teléfono  Email

N° de factura  Monto

CBU

**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 del solicitante

.....  
Aclaración