

SEPELIO

Reintegro de gastos

FOR-STRO-34-A



Contratante de la póliza _____

Póliza N° _____ Fecha vigencia ____/____/____

DATOS DEL ASEGURADO TITULAR

Nombres y apellidos completos _____

Documento Identidad: Tipo _____ N° _____ CUIT/CUIL/CDI _____

Domicilio real: Calle _____ N° _____ Piso _____ Dpto. _____

C.P. _____ Localidad _____ Provincia _____

Teléfono particular Prefijo (____) _____ Teléfono Celular Prefijo (____) _____

Correo electrónico _____

DATOS DEL FALLECIDO

Nombres y apellidos completos _____ Sexo F ____ M ____

Nacionalidad _____ Lugar de nacimiento _____

Documento Identidad: Tipo _____ N° _____ CUIT/CUIL/CDI _____

Domicilio real: Calle _____ N° _____ Piso _____ Dpto. _____

C.P. _____ Localidad _____ Provincia _____

Teléfono particular Prefijo (____) _____ Teléfono Celular Prefijo (____) _____

Correo electrónico _____ Fecha de nacimiento ____/____/____

Declaración Jurada sobre la condición de Persona Expuesta Políticamente

El/la¹ que suscribe, _____ declara bajo juramento que los datos consignados en la presente son correctos, completos y fiel expresión de la verdad y que **SI/NO**¹ se encuentra incluido y/o alcanzado dentro de la "Nómina de Personas Expuestas Políticamente" aprobada por la Unidad de Información Financiera, que ha leído. En caso afirmativo indicar detalladamente el motivo: _____. Además, asume el compromiso de informar cualquier modificación que se produzca a este respecto, dentro de los treinta (30) días de ocurrida, mediante la presentación de una nueva declaración jurada.

(Sólo para casos de sujetos obligados) Declaro bajo juramento que cumplo con las disposiciones legales vigentes en materia de prevención de lavado de activos y financiación del terrorismo.

DATOS DEL FALLECIMIENTO

Fecha ____/____/____ Lugar _____

¹ Tachar lo que no corresponda.

Describe el motivo del fallecimiento _____

DETALLES DE LOS GASTOS DEL SEPELIO

Prestador	Factura N°	Importe en \$

LOS GASTOS DEL SEPELIO FUERON ABONADOS POR²:

Nombres y apellidos completos _____ Sexo F ___ M ___

Documento Identidad: Tipo _____ N° _____ CUIT/CUIL/CDI _____

Domicilio real: Calle _____ N° _____ Piso _____ Dpto. _____

C.P. _____ Localidad _____ Provincia _____

Teléfono particular Prefijo (____) _____ Teléfono Celular Prefijo (____) _____

Correo electrónico _____

FIRMA Y SELLO DEL CONTRATANTE

LUGAR Y FECHA

FIRMA Y ACLARACIÓN DEL DENUNCIANTE

² Deberá adjuntar copia del DNI.