

### LIQUIDACION DE BENEFICIOS ADICIONALES AL SERVICIO DE SEPELIO

CASAMIENTO Y LUNA DE MIEL

NACIMIENTO / ADOPCION

LECHE MATERNIZADA

PRENATAL

TRASLADO POR ENFERMEDAD

ORTESIS

INTERVENCION QUIRURGICA

### DATOS SOCIO TITULAR

Apellido y Nombres: .....

DNI: .....

Nº de Socio:..... Categoría: .....

Teléfono de línea: .....

Teléfono celular - Código de área: ..... Número: .....

Correo electrónico: .....

Estamento solicitante: .....

### DATOS BENEFICIARIO

Apellido y Nombres: .....

DNI: .....

Nº de Socio:..... Categoría: .....

Teléfono de línea: .....

Teléfono celular - Código de área: ..... Número: .....

### RESPALDO DOCUMENTAL

CERTIFICADO MEDICO PRENATAL .....

FOTOCOPIA DNI SOLICITANTE .....

CARNET DE ASOCIADO .....

ACTA DE MATRIMONIO .....

PARTIDA DE NACIMIENTO / RES. JUDICIAL POR ADOPCION .....

CERTIFICADO MEDICO DE EVACUACION .....

PROTOCOLO QUIRURGICO .....

FACTURA O COMPROBANTE DE PAGO ORIGINAL .....

.....  
Firma y aclaración del Solicitante

.....  
Firma y aclaración - Responsable Estamento