Form. AP7

CAJA de SEGURIDAD SOCIAL para ODONTOLOGOS de la PROVINCIA de BUENOS AIRES

Solicitud de Prestación por Fallecimiento

....., ...de.....de 20.....

SR. PRESIDENTE DE LA CAJA DE SEGURIDAD SOCIAL PARA ODONTOLOGOS DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

Dr.....

S / D

De mi consideración:

El/La que suscribe....., D.N.I. Nº……..……con domicilio real en la calle..... Nº..... de la localidad de ....., teléfono fijo……..,teléfono celular……,correo electrónico……..……en su carácter de.....del afiliado/a fallecido Dr./Dra.....Nº de afiliado/a..... del Distrito....., de acuerdo con lo dispuesto en la reglamentación correspondiente, cumple en dirigirse al Sr. Presidente con el objeto de solicitar se le acuerde la Prestación por Fallecimiento. **A esos efectos indico que retirare el cheque correspondiente en el Distrito Nº _____.-**

Saludo a Ud. atentamente.-

IMPORTANTE: En todos los casos el solicitante deberá acompañar su **D.N.I., L.E. o L.C.**. **1)** En caso de solicitar la prestación la persona que fue designada beneficiaria por el/la afiliado/a, debe adjuntar además **certificado de defunción** del/de la mismo/a. **2)** Para el caso de solicitarlo el que ha abonado los gastos de sepelio, **debe adjuntar además la factura respectiva** y en caso de haber personas designadas beneficiarias fallecidas el **certificado de defunción de las mismas**. **3)** Para el caso de solicitarlo los herederos del/de la afiliado/a deben adjuntar **declaratoria de herederos o bien aprobación judicial de testamento**, esta última documentación podrá ser acompañada en fotocopia certificada.

……

FIRMA

DTO.	NÚMERO DE CONTROL	ORDEN

FECHA DE ENTRADA	NÚMERO DE AFILIADO
	-

OF. R		CÓDIGO			T.F.	
0	3	A	P	7		