

## • 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  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 del solicitante

.....  
Aclaración