



SOLICITUD DE SERVICIO DE AYUDA MUTUA POR SEPELIO

DATOS PERSONALES

Apellido Y Nombres _____ N° de Legajo _____

DNI _____ Fecha de Nacimiento _____

Calle _____ N° _____ Piso _____ Dpto _____

Barrio _____ Localidad _____ CP _____

Provincia _____ Teléfono _____

N° de caja de ahorro _____ Sucursal(de caja de ahorro) _____

ALTAS

Apellidos/Nombres	Parentesco	Fecha de Nacimiento	DNI
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

BENEFICIARIO: (persona que recibirá el importe del Servicio de Asistencia Mutua Por Sepelio en caso de Fallecimiento del Socio Titular)

Apellido y Nombres _____ Fecha de Nacimiento / /

DNI _____

Apellido y Nombres _____ Fecha de Nacimiento / /

DNI _____

Apellido y Nombres _____ Fecha de Nacimiento / /

DNI _____

BAJAS

Apellidos/Nombres	Parentesco	Fecha de Nacimiento	DNI
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

BAJA BENEFICIARIO _____

FECHA: / /

FIRMA Y ACLARACIÓN _____