



# SECASFPI

Sindicato de Empleados de la Ex Caja de Subsidios Familiares Para el Personal del Industria  
**ANSES**

Carlos Calvo 1425 - Cap. Fed. C.P. (C1102ABC) Tel/Fax (011) 4304-0033 (lineas rotativas)  
Web Site: www.secasfpi.org. - e-mail: secasfpi@secasfpi.orgar



## SOLICITUD DE SUBSIDIO POR **SEPELIO** / **FALLECIMIENTO**

### DATOS DEL AFILIADO SOLICITANTE

Nro de Afiliado	Apellido y Nombre	Tipo y Nro de Documento

### DATOS PARTICULARES

#### DOMICILIO

Calle	Número	Piso	Dpto	Cod. Postal
Localidad	Provincia	Teléfono		

### DATOS LABORALES

Sede / UDAI	Numero de CBU	Sucursal
Localidd	Provincia	Teléfono

### DATOS DEL FAMILIAR FALLECIDO

Apellido y Nombre	Tipo y Nro de Documento	Fecha Fallecimiento	Parentesco

### CONDICIONES Y REQUISITOS

\*El Subsidio por Fallecimiento no requiere antigüedad mínima para su percepción, otorgandose un solo subsidio por cada acontecimiento ocurrido, por tal razón en caso de que dos o mas familiares estén Afiliados y se encuentren en condiciones de percibirlos, solo tendrá derecho a su percepción el Afiliado con mayor antigüedad entre ambos. Solo se tendrá en cuenta el grupo familiar declarado por el Afiliado ante este Sindicato, quedando bajo exclusiva responsabilidad del afiliado la notificación al SECASFPI, con carácter de declaración jurada, de todo cambio producido.

\* SECASFPI otorga en concepto de Subsidio por Sepelio un reintegro de dinero equivalente al costo generado por el Sepelio del familiar fallecido, con un tope máximo de hasta \$ 3000(Pesos Tres Mil ) contra presentación de la factura original emitida por la casa de Sepelio. Ante la imposibilidad del afiliado de contar con la factura que acredite la realización del sepelio y su correspondiente importe (cualquiera fuese la causa), SECASFPI otorga al afiliado en concepto de dicho Subsidio la suma de \$ 1500 pesos (pesos mil quinientos).

\* La documentación que el afiliado solicitante deberá presentar para su percepción será: Solicitud original del Subsidio, Último Recibo de Haberes, Factura de la casa de Sepelio a nombre de afiliado, donde conste la razón social, el domicilio, el detalle y el importe del Servicio fúnebre prestado, Fotocopia del Certificado de Defunción (con firma y aclaración del Afiliado), Fotocopia de Documentación (firma y aclaración del Afiliado) que acredite el grado de parentesco. En caso de contar con fotocopia de factura, la misma debiera ser copia fiel del original, avalada por Jefe de Anses o Casa de Sepelio

\* El Subsidio se abonará por el fallecimiento de un integrante del Grupo Familiar compuesto por Padres, Hijos y Cónyuge.

\*El plazo para la presentación de la solicitud y la documentación correspondiente será de 90 días desde la fecha en que se produce el acontecimiento, vencido dicho plazo se perderá automáticamente el derecho a su percepción.

Los datos consignados en la presente solicitud son fidedignos y revisten el carácter de declaración jurada. Declaro también tener conocimiento y cumplir con los requisitos y condiciones para el cobro del presente subsidio , caso contrario autorizo al SECASFPI a descontar de mis haberes, el importe mal percibido en concepto de cobro del subsidio solicitado.

### LUGAR Y FECHA DE SOLICITUD

....., ...../...../.....

.....  
Firma del Afiliado

.....  
Aclaración

# USO EXCLUSIVO SECASFPI

## MESA DE ENTRADA

## BASE DE DATOS

INGRESADO POR .....

FECHA ...../...../.....

FECHA AFIL ...../...../.....

## AUTORIZACIÓN DE SECRETARIA DE ACCIÓN SOCIAL

NO AUTORIZADO

AUTORIZACIÓN DE PAGO A TESORERIA

-----  
**FECHA**

-----  
**FIRMA**

## TESORERIA

ABONADO EN EFECTIVO

TRANSFERENCIA

CHEQUE NRO.....

-----  
**FECHA**

-----  
**FIRMA**

OBSERVACIONES.....

.....

.....