



# SECASFPI

SINDICATO DE EMPLEADOS DE LA EX CAJA DE SUBSIDIOS FAMILIARES PARA EL PERSONAL DE LA INDUSTRIA



## ANSES

### SOLICITUD DE SUBSIDIO POR SEPELIO / FALLECIMIENTO DEL/LA AFILIADO/A

**Línea 144**  
Contención, Información,  
Asesoramiento para la  
Prevención de la Violencia  
de Género

#### DATOS DEL/LA SOLICITANTE

|                    |                            |            |
|--------------------|----------------------------|------------|
| Apellido y Nombres | Tipo y Número de Documento | Parentesco |
|                    |                            |            |

#### DATOS PARTICULARES DEL/LA SOLICITANTE

|                               |                   |                     |     |               |
|-------------------------------|-------------------|---------------------|-----|---------------|
| Domicilio Particular / Calle  | Número            | Piso                | Dto | Código Postal |
|                               |                   |                     |     |               |
| Localidad                     | Provincia         | Teléfono Particular |     |               |
|                               |                   |                     |     |               |
| Número de CBU del Solicitante | Sucursal de Banco |                     |     |               |
|                               |                   |                     |     |               |

#### DATOS DEL/LA AFILIADO/A FALLECIDO/A

|              |                    |                            |                        |
|--------------|--------------------|----------------------------|------------------------|
| Nº de Legajo | Apellido y Nombres | Tipo y Número de Documento | Fecha de Fallecimiento |
|              |                    |                            | / /                    |

#### DATOS LABORALES

|             |                       |                  |
|-------------|-----------------------|------------------|
| Sede o UDAI | Localidad / Provincia | Teléfono Laboral |
|             |                       |                  |

#### Condiciones y Requisitos

- 1) El **Subsidio por Sepelio del/la Afiliado/a** no requiere antigüedad mínima para su percepción, otorgándose un solo subsidio por cada acontecimiento ocurrido, por tal razón en caso de que dos o más familiares se encuentren en condiciones de percibirlos, solo tendrá derecho a su percepción el/la familiar que conste en la razón social de la factura otorgada por la casa de sepelio y se tendrá en cuenta el grupo familiar declarado por el/la afiliado/a ante este sindicato, quedando bajo exclusiva responsabilidad del/la afiliado/a la notificación al **SECASFPI**, con carácter de declaración jurada, de todo cambio producido
- 2) **SECASFPI** otorga en concepto de **Subsidio por Sepelio del/la Afiliado/a** un reintegro de dinero equivalente al costo generado por el sepelio del fallecido/a, con un tope máximo de hasta **\$15.000 (pesos quince mil)** contra presentación de la factura original emitida por la casa de sepelio
- 3) La documentación que el/la familiar solicitante deberá presentar para su percepción será: Solicitud del Subsidio por Sepelio del/la Afiliado/a, último recibo de haberes, factura de la casa de sepelio a nombre del/la familiar donde conste la razón social, el domicilio, el detalle y el importe del servicio fúnebre prestado, fotocopia del certificado de defunción, fotocopia de documentación que acredite el grado de parentesco. En caso de contar con fotocopia de factura, la misma deberá ser copia fiel del original, avalada por casa de sepelio.
- 4) El Subsidio se abonará por el fallecimiento del/la afiliado/a
- 5) El plazo para la presentación de la solicitud y la documentación correspondiente será de 1 (un) año desde la fecha en que se produce el acontecimiento, vencido dicho plazo se perderá automáticamente el derecho a su percepción.
- 6) El Subsidio por Sepelio del/la afiliado/a tendrá vigencia durante la contingencia sanitaria COVID-19.

**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.**

LUGAR Y FECHA

FIRMA

ACLARACIÓN