



SOLICITUD DE SERVICIO DE SEPELIO

Importante: No se dará curso a aquella solicitud que no se encuentre debidamente cumplimentada y firmada en todas sus partes.

• DATOS DEL SOCIO

Lugar y fecha: _____

Apellido y nombres: _____
DNI/L.C./L.E./otros: _____

CUIL	CUIT	(1)															
------	------	-----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Teléfono particular: _____ Teléfono laboral: _____ Interno: _____
Celular: _____ E-mail: _____
Empresa: _____ Legajo: _____
Sucursal N°: _____ Nombre: _____ Ctro. de costos: _____

(1) Tachar lo que no corresponda.

• AMPARADOS MAYORES DE EDAD

Apellido y nombres: _____
DNI/L.C./L.E./otros: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____
Apellido y nombres: _____
DNI/L.C./L.E./otros: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____
Apellido y nombres: _____
DNI/L.C./L.E./otros: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____
Apellido y nombres: _____
DNI/L.C./L.E./otros: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____

• AMPARADOS HIJOS MENORES (HASTA 21 AÑOS)*

Apellido y nombres: _____
DNI/L.C./L.E./otros: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____
Apellido y nombres: _____
DNI/L.C./L.E./otros: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____
Apellido y nombres: _____
DNI/L.C./L.E./otros: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____
Apellido y nombres: _____
DNI/L.C./L.E./otros: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____

*A partir de los 21 años, pasan a integrar la categoría de Mayores de Edad. En caso que dicha categoría se encontrara completa (los cuatro cupos cubiertos) se debitará el importe correspondiente por un carnet adicional.

Por la presente, autorizo a Mutual Empleados del Banco Santander Río a descontar de mis haberes mensuales y/o cuenta bancaria la cuota correspondiente al **servicio de sepelio**, conforme a la reglamentación vigente.

(1) Tachar lo que no corresponda.

Firma y Aclaración del Socio

USO INTERNO DE MEBSAN

