

ANEXO N° 01

SOLICITUD DE REEMBOLSO DE LA PRESTACIÓN ECONÓMICA DE SEPELIO

Lugar Fecha.....

IPRESS pública

SEÑORES DEL SEGURO INTEGRAL DE SALUD:

Yo,.....
(Nombre y apellidos de la persona que gestiona la Prestación Económica de Sepelio)

Identificado con DNI o Carnet de Extranjería N°.....

Con domicilio real en:

Referencia Domiciliaria:.....
(Indicar con claridad cómo se llega al domicilio para verificar)

Con número telefónico fijo: Celular:

Correo Electrónico:..... declaro bajo juramento haber
realizado el gasto de sepelio de quien en vida fue:

Asegurado Fallecido:

identificado con DNI / CE N°..... y ficha de afiliación N°.....

De años de edad, fallecido elen
(día / mes / año)
..... distrito

provincia..... departamento.....

quién fue afiliado al Régimen de Financiamientodel Seguro Integral de Salud.

Por lo cual, me presento ante usted para solicitar al SIS, reconozca y autorice el reconocimiento del reembolso de la Prestación Económica de Sepelio.

Adjunto, además de los requisitos obligatorios, los siguientes opcionales:

() Copia de Autorización de Cremación.

() Declaración Jurada de Gastos por servicios realizados en zona rural, firmada por notario o juez de paz.

Otro:



Declaro bajo juramento, que soy responsable de la veracidad de la información vertida en la presente declaración jurada y documentación de sustento, sometiéndome a las disposiciones establecidas en el TUO de la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General, Código Civil y/o Penal, según corresponda.

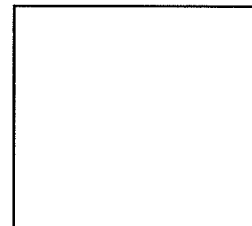


Asimismo, soy responsable del seguimiento de mi solicitud de Reembolso de la PES en la opción "Consulta de estado de trámite de sepelio" del Portal WEB del SIS (<http://www.sis.gob.pe/nuevoPortal/iconultaSepelio.html>), u otros portales autorizados por el SIS.

El acreditado se apersonara a los dos meses de presentado su solicitud de reembolso de la PES a la IPRESS donde presentó su solicitud, a consultar sobre el estado de su trámite.

Sin otro particular, me suscribo de usted,

Atentamente,



Firma/Nombre y Apellido del Acreditado
N° DNI/CE:

Huella Digital