

## 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 apellido 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 el ..... en .....

(día / mes / año)

..... distrito.....

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

quién fue afiliado al Régimen de Financiamiento..... del 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 obligatorio, 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 apersonará a los dos meses de presentado su solicitud de reembolso de la PES a la IPRESS donde presento su solicitud, a consultar sobre el estado de su trámite.

Sin otro particular me suscribo de usted.

Atentamente,

Firma/Nombre y apellido del Acreditado

Huella Digital

N° DNI/CE:

