



Fondo de Prestaciones Asistenciales y Servicios Funerarios  
de los Trabajadores, Pensionistas y Ex Trabajadores del  
Seguro Social de Salud - EsSalud

# SOLICITA: REEMBOLSO POR GASTOS DE SEPELIO

En provincia donde no hay convenio entre FOPASEF  
y funerarias

## Sr. (a) GERENTE DEL FONDO DE PRESTACIONES ASISTENCIALES Y SERVICIOS FUNERARIOS (FOPASEF)

Yo, ..... con código de  
planilla ..... D.N.I. ...., domiciliado en .....  
....., Distrito ..... Provincia  
..... Departamento ..... con teléfono N° ..... con  
el debido respeto me presento y digo: Que habiendo fallecido mi .....  
..... Día ..... Mes ..... Año .....

Solicito a Usted, Sr. (a) Gerente, se sirva a ordenar a quien corresponda el **REEMBOLSO DE  
GASTO POR SEPELIO**, que corresponde, de acuerdo al Reglamento, para lo cual adjunto los  
documentos:

1. Factura y/o Boleta de Venta N° ..... (**ORIGINAL**) Agencia Funeraria
2. Factura y/o Boleta de Venta N° ..... (**ORIGINAL**) Sepultura o Cremación
3. Partida de Defunción (**ORIGINAL**)
4. Partidas Originales Nacimiento (padres), Matrimonio (Hijos o cónyuge), Según sea el caso.
5. Copia de DNI simple del Titular
6. Copia de DNI simple del Fallecido
7. N° de cuenta, CCI

### POR LO EXPUESTO:

Pido a usted Sr. (a), acceder a mi solicitud por ser de justicia.

Atentamente,

\_\_\_\_\_  
Firma

Nombres y Apellidos: .....

D.N.I.: .....

..... de ..... del 20.....