

PAGO DE PRESTACIÓN POR SEPELIO
DECLARACIÓN JURADA
YO:

Apellido Paterno	Apellido Materno	Primer Nombre	Segundo Nombre

IDENTIFICADO CON: DNI C. Extranjería Pasaporte

Nº

DOMICILIADO EN: Av. Calle Jr. Otros
DECLARO BAJO JURAMENTO:

- 1.** Tener la condición de beneficiario en virtud de la cual solicito el pago de la prestación por sepelio del asegurado titular fallecido, Sr(a)..... con DNI N°....., presentando el siguiente comprobante de pago: factura:(), recibo por honorarios () o boleta de venta (), que calificará EsSalud bajo el principio de presunción de veracidad, establecido en la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General.

Empresa Emisora		Comprobante de Pago				
RUC	Razón Social	Tipo	Serie	N°	F. Emisión	Importe S/.

- 2.** Haber asumido gastos adicionales al señalado anteriormente, por un monto de S/....., (.....) sustentado(s) en comprobante(s) de pago emitido(s) a mi nombre.
- 3.** Que los gastos por sepelio del asegurado titular fallecido:
 a) NO han sido cubiertos por entidades públicas o privadas
 b) NO corresponde a un asegurado obligatorio del Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo (SCTR) fallecido por accidente de trabajo o enfermedad profesional.
- 4.** Que el asegurado titular falleció por:
 Muerte Natural() Accidente de Tránsito() Daño Causado por Tercero() Muerte Súbita y/o Violenta()

Me someto a las verificaciones que disponga EsSalud para corroborar la veracidad del contenido de la presente Declaración Jurada y de comprobarse su falsedad, me sujeto a las consecuencias administrativas y civiles que hubiere a lugar, así como a los alcances de lo establecido en el artículo 411º del Código Penal, que prevén pena privativa de libertad de hasta cuatro (4) años, para los que hacen una falsa declaración trasgrediendo la presunción de veracidad, así como para aquellos que cometan falsedad.

...../...../ 201.....

Firma del Beneficiario