Lima,…........ de…………….…de 20……...

**SEÑORES:**

**UNIDAD DEL PROGRAMA DE ASISTENCIA MÉDICA**

**Avenida Javier Prado Este N° 2499 San Borja**

**Presente.-**

**Asunto : Reembolso por Sepelio**

Yo(solicitante)…………………………….………….................................................................................................................. identificado con DNI Nº …..…………….…, con Teléfono fijo …….……………., Celular ………………………., con domicilio en ……………………………..………………………………….……………………………….…… Distrito de ……………….…...……..………., Provincia de ………..……..…..…………….. y Departamento de ……...…………….…….., con correo electrónico …………………………………………………………….………., con N° de cuenta …………………….………………, N° CCI ……………………………….……………. en el Banco ………………………………..……, me dirijo a usted para solicitar reembolso por sepelio del Sr. …………………………………………………….…………. quien afiliado al PAM, en mi calidad de ………………..:

Adjunto al presente, los siguientes documentos:

( ) Copia del DNI de la persona que solicita el reembolso.

( ) Acta de Defunción original.

( ) Comprobantes de pago originales a nombre del Fondo de Empleados del Banco de la Nación deberán

 consignar el RUC 20122794424 o boletas a nombre del Solicitante.

( ) Todo Recibo por Honorarios debe ser electrónicos según Normas de SUNAT.

( ) En caso de construcción de nicho debe ajuntar copia de la compra del terreno

( ) En caso de compras de nicho anticipado, deberá adjuntar la copia del contrato.

( ) En el caso de estén pagando en cuotas los nichos, debe presentar las boletas que sumen el importe de

 valor que se reembolsa.

Atentamente,

……………………………………………….……

 FIRMA

**Notas**

1. Los comprobantes se cubrirán por los siguientes conceptos.
	1. Nicho o Cremación. Hasta monto limite de S/. 2964
	2. Gastos de Sepelio. Hasta monto limite de S/. 2036
2. El Plazo máximo es de 90 días calendario para presentar la documentación, a partir de ocurrido el hecho; transcurrido el tiempo antes mencionado, no se aceptará la solicitud de reembolso.
3. Asimismo, cabe precisar que el reembolso funerario consiste en la devolución hasta el monto límite establecido por el FEBAN a la persona que acredite haber efectuado los gastos por el fallecimiento de un afiliado al PAM.
4. Todo comprobante de pago que presenten borrones, enmendaduras serán rechazado.
5. Facturas por concepto de servicio y cuyo monto es superior a los S/. 700.00, deben adjuntar la constancia de la detracción.
6. Recibos por honorarios emitidos a nombre del Fondo de Empleados del Banco de la Nación cuyos montos sean superiores a S/1,500 debe consignar el importe de la renta de cuarta categoría.
7. En caso que no esté consignado el importe de la renta de cuarta categoría adjuntar la suspensión de renta cuya fecha de emisión obligatoriamente debe ser anterior a la fecha de emisión del recibo.