

**SOLICITUD DE PAGO SEGURO DE VIDA  
POR FALLECIMIENTO DE AGENTE**

El / La que suscribe.....

DNI. N° ....., con domicilio en.....

solicita el pago del Seguro de Vida por fallecimiento de .....

quien prestó servicios en.....

Firma.....

Aclaración.....

Teléfono N°.....

---

**CERTIFICACIÓN OFICIAL**

Dejo constancia que he comprobado la identidad del solicitante, y que la firma que antecede fue puesta ante mi presencia y que pertenece al mismo.

.....  
Lugar y Fecha

Sello de la  
Repartición

.....  
Firma Autorizada y  
Sello Aclaratorio