

Resistencia.....de.....de.....

A LA GERENCIA DE
SEGUROS – In.S.S.Se.P
S / D

Ref: Seguro de Vida. Asegurado

.....

Fecha de Fallecimiento:/...../.....

El / La que suscribe.....

DNI. N°.....quien presta servicios en.....

Solicita que se le abone el Seguro de Vida FAMILIAR, por el extinto,.....

.....DNI.N°.....

Parentesco

Firma

Aclaración

Domicilio

Teléfono

Correo electrónico