

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 ADICIONAL POR CONYUGE, por el fallecimiento  
de cónyuge,.....DNI.N°.....

Firma .....

Aclaración .....

Domicilio .....

Teléfono .....

Correo electrónico .....