

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°.....Solicita que se le abone el Seguro de Vida (tachar lo que no corresponda)

OBLIGATORIO - COLECTIVO - FAMILIAR por el agente fallecido:

.....

DNI.N°....., quien presto servicios en.....

Firma .....

Aclaración .....

Domicilio .....

Teléfono .....

Correo electrónico .....