



INSTITUTO DE SEGUROS S.A.

Carlos Maria Della Paolera 265 Piso 27 – C1001ADA – C.A.B.A.
Tel. 4319-0800 LINEAS ROTATIVAS

CERTIFICACION DE SERVICIOS POR FALLECIMIENTO DEL TITULAR

SECCION VIDA

Lugar y Fecha

| | | | | |
|------------------------------|------------------|----------------|-----------|----------------|
| Nombre de la Empresa | Código Seccional | Código Empresa | Póliza N° | Certificado N° |
| Domicilio: Calle y Numero | | | | |
| Localidad: | | Provincia: | | |

Por intermedio de la presente Certificamos que el señor

se desempeñaba con relación de dependencia con nuestra Empresa desde:

Persona fallecida:

Fecha de fallecimiento:

Certificamos asimismo haber efectuado las retenciones y aportes correspondientes a la Ley 22.269 por el grupo familiar compuesto de:

| Nombre y Apellido | Fecha Nacimiento | | | Doc. Identidad | Parentesco |
|-------------------|------------------|-----|-----|----------------|------------|
| | Día | Mes | Año | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

Declaramos bajo juramento que los datos consignados en esta certificación son correctos y se encuentran basados en documentación fehaciente.

Nota: La firma de la Empresa deberá ser autenticada, ante autoridad competente. (Escribano o Entidad Bancaria).

.....
Firma y Sello de la Empresa