



# 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