



**EVOLUCIÓN
SEGUROS**

SECCIÓN VIDA

CERTIFICACIÓN DE SERVICIOS POR FALLECIMIENTO DEL TITULAR

Lugar y fecha.....

Nombre de la Empresa	Nº de Seccional	Nº de Empresa	Póliza Nº
.....
Domicilio de la Empresa			
Calle:.....	Nº:.....	C.P.	
Localidad	Provincia	

Certifico que el/la señor/a:.....

trabajó con relación de dependencia en nuestra firma desde el:..... hasta el:.....

Fecha del fallecimiento del Titular:.....

A su vez, por el presente CERTIFICO que se han realizado las retenciones y aportes correspondientes, establecidos en la LEY 23.660, por el grupo familiar integrado por:

Nombre y Apellido	Parentesco con el Titular	Documento de Identidad	Fecha de Nacimiento
..... / /
..... / /
..... / /
..... / /
..... / /
..... / /
..... / /
..... / /
..... / /
..... / /

Declaro bajo juramento que los datos que han sido consignados en la presente CERTIFICACIÓN son correctos y están respaldados en documentación fehaciente.

La firma del representante de la Empresa, deberá estar Autenticada ante autoridad competente (por Escribano Público o por Certificación Bancaria)

Firma y Sello de la Empresa