



**EVOLUCIÓN  
SEGUROS**

**SECCIÓN VIDA**

**CERTIFICACIÓN DE SERVICIOS POR FALLECIMIENTO DEL TITULAR**

Lugar y fecha.....

Nombre de la Empresa N° de Seccional N° de Empresa Póliza N°

Domicilio de la Empresa

Calle:.....N°:.....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