



**EVOLUCIÓN  
SEGUROS**

**SECCIÓN SEPELIO**

**CERTIFICACIÓN DE SERVICIOS POR FALLECIMIENTO DE FAMILIAR A CARGO**

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:.....

Trabaja/ó con relación de dependencia en nuestra firma desde el:.....hasta el:.....

Nombre completo del Fallecido:.....

Fecha del fallecimiento:.....Parentesco con el Titular:.....

A su vez, por el presente CERTIFICO que se han realizado las retenciones y aportes correspondientes, establecidos por 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