



**Modelo de Certificado de Servicios por fallecimiento del titular del seguro**

Lugar y fecha.

Por la presente certificamos que FULANO DE TAL, DNI XX.XXX.XXX trabajó en NOMBRE EMPRESA, CUIT XX-XXXXXXXX-X desde el XX/XX/XX hasta el XX/XX/XX como CITAR PUESTO Y/O CATEGORÍA bajo el convenio colectivo de trabajo NÚMERO DE CONVENIO/GREMIO.

Se extiende la presente para ser presentada ante Sol Naciente Seguros SA con el propósito de tramitar el cobro de la indemnización por fallecimiento del asegurado.

FIRMA

ACLARACIÓN

CARGO/POSICIÓN

SELLO

La firma deberá estar certificada por autoridad competente