

Modelo de Certificado de Servicios por fallecimiento de un familiar del titular del seguro

Lugar y fecha.

Por la presente certificamos que FULANO DE TAL, DNI XX.XXX.XXX trabaja en NOMBRE EMPRESA, CUIT XX-XXXXXXXX-X desde 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 del reintegro del sepelio por el fallecimiento de NOMBRE Y APELLIDO (relación con el asegurado) .

FIRMA ACLARACIÓN CARGO/POSICIÓN SELLO

La firma deberá estar certificada por autoridad competente (banco, escribano, policía)