

**SOLICITUD DE PAGO SEGURO DE VIDA
POR INCAPACIDAD**

El / La que suscribe.....

DNI. N°....., con domicilio en.....

quién prestó servicios en.....

solicita el pago del Seguro de Vida POR INCAPACIDAD TOTAL- PERMANENTE- DEFINITIVA.

Resolución de Baja Definitiva N°....., a partir de / /

Observaciones

Firma.....

Aclaración.....

Teléfono N°.....

CERTIFICACIÓN OFICIAL

Dejo constancia que he comprobado la identidad del solicitante, y que la firma que antecede fue puesta ante mi presencia y que pertenece al mismo.

.....
Lugar y Fecha

Sello de la
Repartición

.....
Firma Autorizada y
Sello Aclaratorio