

Resistencia.....de.....de.....

A LA GERENCIA DE
SEGUROS – In.S.S.Se.P
S / D

Ref: Seguro de Vida. Asegurado

.....

Fecha de Baja:/...../.....

El / La que suscribe.....

DNI. N°.....quien presto servicios en.....

Solicita que se le abone el Seguro de Vida POR INCAPACIDAD TOTAL - PERMANENTE
- DEFINITIVA.

Firma

Aclaración

Domicilio

Teléfono

Correo electrónico