

**CERTIFICACION DE SERVICIOS PARA
EL COBRO DE SEGURO DE VIDA COLECTIVO**

Nombre de la Empresa:

Nº de Inscripción en el IERIC:

Domicilio de la Empresa:

Por la presente, certificamos que el Señor..... se ha desempeñado, con relación de dependencia en nuestra empresa, desde el día/...../..... hasta el día/...../....., fecha de su fallecimiento.

Asimismo certificamos haber efectuado la retención de la cuota correspondiente al Seguro de vida, establecida en el Convenio Colectivo de Trabajo. A continuación se detalla la composición del grupo familiar:

Apellido y Nombre	Fecha de Nacimiento	Nº Documento y Tipo	Parentesco

DECLARAMOS bajo juramento que los datos consignados en esta CERTIFICACIÓN son correctos y se encuentran basados en documentación fehaciente.

Firma y sello de la Empresa

Nota: La firma de la empresa deberá ser autenticada ante autoridad competente: Escribano o Entidad Bancaria.

Departamento de Subsidios, reintegros y Seguro de Vida Colectivo
Av. Belgrano 1870 – 3 Piso – CP 1094 – Buenos Aires – Argentina
Tel.: (541) 11 384-7141/7151 – Int. 3401 al 3404 (fax 3403) – <http://www.uocra.org>