

Subsidio por Fallecimiento

DECLARACIÓN JURADA



DATOS DEL/LA TITULAR

APELLIDO _____ NOMBRE _____

DNI _____ FECHA DE NACIMIENTO ____ / ____ / _____ ESTADO CIVIL _____

TELÉFONO (_____) _____ MAIL _____

SOLICITA SE INCORPORE LA PRESENTE PARA SER TENIDA EN CUENTA RESPECTO DEL SUBSIDIO POR FALLECIMIENTO OTORGADO POR S.O.S.U.N.C., EN UN TODO DE ACUERDO A LAS CONDICIONES ESTABLECIDAS EN EL REGLAMENTO RESPECTIVO APROBADO POR RESOLUCIÓN N° 009 DEL CONSEJO DE ADMINISTRACIÓN Y REGLAMENTACIONES QUE EXISTIERAN. A TAL EFECTO, SUMINISTRO MIS DATOS PERSONALES Y ORDEN DE PRELACIÓN PARA QUE SE EFECTIVE EL SUBSIDIO A LOS SIGUIENTES BENEFICIARIOS:

APELLIDO Y NOMBRE	DNI	VÍNCULO

LOS BENEFICIARIOS DEBEN SER MAYORES DE 18 AÑOS

CIUDAD DE _____, A LOS ____ DÍAS DEL MES DE _____ DEL AÑO _____

PARA COMPLETAR POR PERSONAL DE SOSUNC

N° DE ORDEN _____	CARGÓ: _____
-------------------	--------------

FIRMA DEL TITULAR