



SOLICITUD LIQUIDACION DE BENEFICIOS

SEGURO DE VIDA "A"	<input type="checkbox"/>
SEGURO DE VIDA "B"	<input type="checkbox"/>
SEPELIO	<input type="checkbox"/>

FECHA:

GASTOS POR CREM/INHUM/OTRO

DATOS DEL CAUSANTE

APELLIDO Y NOMBRES

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: TIPO **...DNI...** NÚMERO

Nº DE SOCIO CATEGORÍA

ESTAMENTO SOLICITANTE

DATOS BENEFICIARIOS

APELLIDO Y NOMBRES

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: TIPO **...DNI...** NÚMERO

TELÉFONO

APELLIDO Y NOMBRES

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: TIPO **...DNI...** NÚMERO

TELÉFONO

APELLIDO Y NOMBRES

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: TIPO **...DNI...** NÚMERO

TELÉFONO

.....
Firma y Aclaración del Solicitante

.....
Firma y Aclaración Responsable Estamento



Por consultas comunicarse al

Sede Central

Usted fue atendido por: Legajo Nº