

(NOTA POR DUPLICADO, Original para Organismo, duplicado para solicitante)

POSADAS, MNES. de de 2.005

AL /A _____

(Identificación del Organismo, Repartición, Sector, Dependencias, Empresa, etc. Al que pertenecía el agente asegurado)

SU DESPACHO.

..... de nacionalidad
de..... de edad, de estado civil Documento Nacional de Identidad N°
..... con domicilio en constituyendo
domicilio especial en
(teléfono:), ante Ud. y por su digno intermedio me presento y
respetuosamente **DIGO:**

I - Que vengo por el presente a solicitar expresamente se impulse el procedimiento previsto en el Decreto N° 176/05 y sus normas complementarias, al que presto conformidad expresa en todos sus términos, peticionando que cumplido que fuera el mismo se haga efectivo al suscripto la prestación debida correspondiente el seguro de vida obligatorio de:

- Apellido y Nombres:
- Domicilio:
- Documento de identidad: TIPO:..... Número:.....
- Fecha de nacimiento:
- Fecha de fallecimiento: Edad:
- Estado Civil:
- Ministerio, Secretaria, Repartición o Dependencia a la que pertenecía:
-
-
- Ministerio, Secretaria, Repartición o Dependencia donde prestaba servicios.
-
- Fecha de Ingreso a la Administración:
- Categoría o función desempeñada:

- Instrumento y fecha de baja:

II - A los fines de prosecución de los trámites pertinentes, adjunto original // copia cretificada (tachar lo que no corresponde) de:

- Partida o acta de defunción del agente y/o asegurado. Documento de identidad. **SI / NO**

- Último recibo de haberes del causante y/o asegurado. **SI / NO**

- Partida de nacimiento y documentación pertinente para acreditar el vínculo de que se trate, entre el agente y/o fallecido y el solicitante o beneficiario. **SI / NO**

- Ejemplar del certificado de incorporación al seguro e institución del beneficiario, y en caso de no contar con la misma, la declaración jurada de sobre la identidad de los beneficiarios instituidos. **SI / NO**

- Formulario de denuncia de siniestro presentado ante el Instituto del Seguro de Misiones S.A. y/o La Caja. **SI / NO**

- Documentos, notas o comunicación por la que se acredite en forma fehaciente el no pago de la prestación debida por el siniestro y/o en su caso rechazo al pago del misma por el Instituto del Seguro de Misiones y/o La Caja de Seguros S.A..

(Detallar)

III – En virtud de lo antes expuesto y documentación presentada, dejo constancia que toda la información aquí indicada y datos informados revisten carácter de declaración jurada, renunciado el suscripto en forma expresa y automática al juicio iniciado como así a reclamar por cualquier vía, mayores beneficios que los que resulten del acuerdo que se celebre como consecuencia de esta solicitud, sea contra la Provincia y/o contra esa dependencia.

A tales fines dejo prestado consentimiento de la competencia de la Subsecretaria de Trabajo y Empleo como autoridad administrativa para instruir y homologar el acuerdo respectivo.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente.