

Consignación – Afiliado _____ DNI _____

Declaro que es mi voluntad libre, consciente y categórica, que a mi fallecimiento el importe del Seguro Mutual de acuerdo con las disposiciones reglamentarias vigentes – Dec. N° 1699 – MDS 2020 sea pagado a: _____

_____ DNI _____

Nacionalidad _____ Estado Civil _____

Nacido en: (Localidad) _____ (Provincia) _____

el día _____ de _____ del año _____

Para constancia, firma la presente consignación en: _____

Localidad _____ a _____

Días del mes de _____ del año (en letras) _____

OBSERVACIONES:

Firma o impresión dígito pulgar derecho del Afiliado

CERTIFICO la autenticidad de la firma o impresión digital de Don/a

Que antecede.

Sello

Firma